K
54216

22102107153

July, 1954.

LES

NÉVRALGIES,

LEURS

FORMES

ET LEUR

TRAITEMENT;

PAR

C. VAN LAIR,
Docteur en médecine, chirurgie et accouchements,
Médecin de bataillon, chargé du cours d'hygiène à l'École militaire, etc.

Ouvrage couronné (MÉDAILLE EN VERMEIL)
par la Société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

In nevropathologiâ, multa sunt probabilia, obscura longè multa.....
HILDENBRANDT.

BRUXELLES.
LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX,
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
20, Rue de l'Étuve, 20.

1866

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. wgMOmec
Call No. WL
K54216

AVERTISSEMENT.

La question que nous avons à traiter, question aussi pleine de difficulté que d'intérêt, aurait pour résultat, si elle était résolue, de combler une des lacunes les plus regrettables de la science médicale.

Malgré les efforts des médecins modernes, il règne encore sur ce point de pathologie une déplorable confusion. Quelques formes de névralgies seulement ont été bien décrites : les autres se dérobent encore dans un chaos d'observations incomplètes, d'interprétations erronées, de dénominations vicieuses. Il faudrait la persévérance et la sagacité de Valleix pour faire pénétrer la lumière au milieu de toutes ces incertitudes ; il faudrait sa judicieuse observation pour asseoir sur une base solide les considérations qui se rapportent aux formes névralgiques qu'on a récemment découvertes.

Tout en restant bien au-dessous de la tâche que nous nous sommes imposée, nous avons fait tous nos efforts pour élucider quelques-uns de ces points obscurs. Nous avons recherché dans les auteurs qui ont écrit sur ce sujet tout ce qui pouvait nous aider à atteindre ce but, et les faits multipliés que nous avons pu réunir ont été recueillis avec soin, rapportés avec scrupule, et interprétés de la façon qui nous a semblé la plus rigoureuse.

Aux données fournies par la pratique des autres, nous avons joint celles que nous a fait découvrir l'étude attentive et suivie des cas que nous avons eus sous les yeux. — En trouvant ainsi leur place à côté des faits enregistrés déjà dans les annales de la science, nos propres impressions leur serviront de confirmation ou de contrôle.

C'est donc par l'examen combiné des observations des autres et celles qui nous ont été fournies par nos propres recherches, que nous avons cherché à

nous former une opinion rationnelle ..... *ut mens per artem fiat rebus par.*

Nous avons commencé par exposer longuement la symptomatologie et le traitement des névralgies affectant les cordons nerveux du système encéphalo-rachidien (*névralgies* de Valleix), attendu qu'elles sont encore et qu'elles resteront toujours le type de la névralgie, et qu'elles seules ont concentré, pendant une longue période, l'attention et les recherches des savants.

Nous nous sommes arrêté longtemps aussi sur certaines formes de névralgies récemment signalées, et dont l'étude incomplète appelle de nouvelles observations : telles sont les *névralgies centrales idiopathiques,* les *viscéralgies périphériques,* et certaines *névralgies symptomatiques,* dont la séméiologie propre est actuellement encore entourée d'une assez grande obscurité.

Nous avons suivi les mêmes errements dans l'exposé des méthodes thérapeutiques.

Les affections bien connues, mais desquelles les symptômes ni le traitement ne pouvaient servir de type, sont au contraire restées dans l'ombre, ou n'ont été l'objet que d'une description rapide.

Cette manière de faire a eu pour conséquence inévitable de détruire l'homogénéité de notre travail. Mais nous avons pensé que les espèces névralgiques anciennement étudiées ne devaient pas occuper la place de celles plus récentes et moins connues qui méritent, dans un travail spécial du genre de celui-ci, de fixer davantage l'attention du lecteur.

Dans la description des symptômes, nous nous sommes attaché particulièrement à rechercher laborieusement leur raison d'être, et à faire ressortir en même temps chacun des points dont une intelligente observation peut faire découler des indications thérapeutiques.

Quant à celles-ci, nous les avons formulées avec le plus grand soin, en nous basant sur l'examen raisonné de la cause d'abord, puis sur l'expression symptomatique du mal.

Il nous a semblé profitable de faire suivre chaque *forme* névralgique de son *traitement,* au lieu d'exposer séparément, dans un premier chapitre, toutes les formes que peuvent affecter les névralgies, et, dans un deuxième, le traitement applicable à chacune d'elles. La disposition que nous avons adoptée a d'abord l'avantage de mettre pour ainsi dire en regard les indications et les moyens thérapeutiques, ce qui facilite beaucoup l'intelligence de ces derniers; elle évite ensuite des recherches ennuyeuses en accolant à chaque description des symptômes propres aux différentes formes névralgiques, l'exposé du traitement qui correspond à chacune d'elles.

Quant au classement que nous avons adopté, on verra que nous avons pris pour base la cause, puis le siége de la névralgie. Nous nous sommes décidé à faire de ces deux éléments le fondement de nos grandes divisions, parce que ce sont eux seuls qui impriment à chaque névralgie sa *forme* particulière, et fournissent au praticien les *indications* thérapeutiques les plus rationnelles.

Nos efforts seront largement récompensés, si nos recherches contribuent à éclairer quelques points obscurs, ouvrent la voie à de nouvelles investigations, ou servent quelquefois de guide au médecin égaré dans le dédale des médications antinévralgiques.

APERÇU HISTORIQUE.

Il nous serait facile de donner un long historique des névralgies, et de faire étalage d'une érudition facile en consignant ici les recherches étendues et consciencieuses de Cotugno, de J. Frank, de Valleix et de Romberg. Mais cet exposé, qui resterait à peu près stérile en déductions pratiques, ne doit pas prendre place dans un travail comme celui-ci.

Nous nous permettrons seulement de signaler les médecins dont les efforts ont contribué le plus largement à faire sortir de son obscurité l'histoire scientifique des névralgies.

Cotugno est le premier auteur qui ait donné de la névralgie un exposé exact et complet, dans son excellente monographie sur la névralgie sciatique (1). André fit connaître à son tour, beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, le tic douloureux de la face.

Mais ce fut Chaussier (2) qui, se fondant sur des données anatomiques, eut le mérite de généraliser les affections névralgiques, et d'en donner le premier une énumération méthodique et détaillée. Il subordonna peut-être un peu trop l'étude clinique des faits à ses conceptions anatomiques, en multipliant d'une façon démesurée le nombre des névralgies; mais il n'en fournit pas moins aux auteurs qui, après lui, firent des névralgies l'objet de leurs études, une base solide et rationnelle pour l'édification de leurs travaux.

Après le tableau synoptique de Chaussier, parut le livre de Valleix (3), qui est encore aujourd'hui un des ouvrages les plus remarquables publiés sur la matière. En suivant la *méthode numérique*, Valleix a pu faire justice des préjugés encore répandus dans la science, et déblayer ainsi le champ de son étude. Mais l'usage exclusif qu'il a fait de ce procédé a peut-être un peu nui à la per-

(1) Cotugno. *De ischiat. nerv. comment.* Neapoli, 1764.
(2) Chaussier. *Tableau synoptique des névralgies,* an XI.
(3) J. Valleix. *Traité des névralgies et des affections douloureuses des nerfs.* Paris, 1841

fection de son travail : car le numérisme, en soumettant à sa rigueur inintelligente les efforts de la pensée, annihile toute intuition, et enlève à l'observateur la précieuse initiative de son jugement. Et encore, si les données fournies par les chiffres avaient une signification absolue. Mais les sciences exactes seules peuvent se prêter à ces dénombrements mathématiques; et, d'ailleurs, il semble difficile, au moins dans la plupart des cas, de tirer d'un total de faits nécessairement hétérogènes, et dont par conséquent le groupement est plus ou moins arbitraire, une conclusion bien exacte ou bien rationnelle: c'est ainsi que dans les propres déductions des numéristes, la sévérité apparente de la méthode ne se retrouve déjà plus.

Quoi qu'il en soit, on peut dire, malgré les défectuosités inhérentes au système qu'il a suivi, que c'est à Valleix que nous devons les observations les plus complètes de névralgies cérébro-spinales; c'est à l'aide de ces observations qu'il a pu tracer des affections douloureuses des cordons nerveux une description plus précise qu'on ne l'avait fait avant lui.

Il est regrettable seulement qu'il se soit borné à l'examen des branches nerveuses du système encéphalo-rachidien, et qu'il n'ait pas soumis à son intelligente inquisition, les névralgies centrales, les névralgies périphériques et les névralgies ganglionnaires.

Les observations de Romberg (1) ont jeté un certain jour sur ces dernières questions. Le livre du pathologiste allemand où il étudie, sous le titre général d'hyperesthésies, toutes les affections douloureuses des nerfs, a marqué un progrès dans l'histoire moderne des névralgies.

Avec Valleix et Romberg, MM. Jolly (2) et Sandras (3) sont les auteurs qui ont fait faire le plus grand pas à la connaissance des névralgies.

Enfin, M. Bourguignon (4), reprenant les travaux de Sandras, vient de faire paraître un livre qu'il considère comme un traité complet des névralgies; ce sera en effet, lorsqu'il sera terminé, l'ouvrage le plus complet qu'on ait publié jusqu'à ce jour.

Quant aux autres auteurs qui se sont livrés aussi à l'étude des affections douloureuses du système nerveux, nous aurons l'occasion de signaler, dans le cours de notre travail, leurs publications les plus importantes.

(1) Romberg. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*. Berlin, 1843.

(2) Jolly. *Nouvelle bibliothèque médicale*, tomes II et III, 1828. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XII, 1834.

(3) S. Sandras. *Traité pratique des maladies nerveuses*. Paris, 1851.

(4) Sandras et Bourguignon. *Traité pratique des maladies nerveuses*. Paris, 1862, tome II, première partie.

DÉFINITION ET DIVISIONS.

I. Définition. — Avant de commencer l'exposition des formes diverses qu'affectent les névralgies et du traitement qu'il convient de leur opposer, il nous semble utile, nécessaire même de bien savoir d'abord ce qu'on doit entendre par *névralgie*.

Une bonne définition de ce mot, c'est-à-dire une formule exacte et précise de son acception, peut seule nous guider dans cette étude, en nous permettant de discerner les points qui doivent rester en dehors de notre cadre, de ceux, au contraire, qu'il est rationnel d'y faire rentrer.

Qu'est-ce donc qu'une névralgie? Pour nous, c'est une *affection dont la douleur est le symptôme essentiel, siégeant exclusivement dans le tissu nerveux sensitif du système cérébro-spinal ou ganglionnaire, et ne se révélant localement, ni dans le système nerveux lui-même, ni dans les tissus environnants, par aucune altération anatomique appréciable autre que celle qui pourrait être le résultat de la douleur elle-même.*

C'est donc une lésion fonctionnelle du tissu nerveux sensitif, un trouble dynamique de la sensibilité.

On voit, par cette définition, que nous rejetons du cadre des névralgies, un grand nombre d'affections auxquelles la douleur qui les accompagne a suffi pour faire appliquer ce nom.

Nous croyons, en réduisant ainsi l'acception de ce mot, lui donner une portée à la fois plus précise et plus rigoureuse. Car, si l'on admet qu'une névralgie peut, dans certains cas, n'être autre chose que le symptôme subjectif d'une lésion appréciable, dès lors, il est permis de comprendre sous la même dénomination, une infinité d'états morbides dont la douleur peut être le symptôme actuellement prédominant, mais dont elle n'est en réalité, ni le phénomène essentiel, ni celui qui fournit les indications principales : tels sont, par exemple, les maux de tête qui accompagnent les fièvres éruptives, ceux qui se font sentir

dans les accès de fièvre paludéenne, etc. Telles sont encore les douleurs liées à une lésion appréciable *locale*, c'est-à-dire, occupant le point souffrant lui-même ou un point très-peu éloigné.

Ces douleurs ne nous semblent pas mériter le nom de névralgies dans le sens rigoureux du mot. Nous proposons, en conséquence, de leur appliquer la qualification moins euphonique, mais plus judicieuse, de *douleurs névralgiformes symptomatiques*.

Au point de vue d'une nosographie sévère, ces douleurs ne devraient même pas figurer dans une étude dont les névralgies doivent faire l'unique objet. — Toutefois, nous ne les passerons pas complétement sous silence, attendu que ces états pathologiques fournissent des indications qui leur sont parfois communes avec les névralgies propres, et que ces dernières indications sont trop souvent les seules qu'il soit possible de remplir. — D'un autre côté, il est difficile, dans le domaine de l'art médical, de rien affirmer d'une manière absolue. Ici, comme partout ailleurs, des états morbides, dont les expressions symptomatiques sont ordinairement assez tranchées pour qu'il soit permis de les différencier aisément les uns des autres, se présentent, dans certains cas, avec tant d'éléments communs, que les observateurs les plus expérimentés en arrivent à les confondre.

Cette dernière remarque est particulièrement vraie pour la distinction que nous avons établie plus haut, car le fondement de cette distinction se trouve tout entier dans un seul mot, le mot *appréciable*, et l'on voit tous les jours de nouvelles découvertes en circonscrire l'application. A cause donc des liens étroits qui rattachent aux névralgies pures, nos douleurs névralgiformes symptomatiques, nous donnerons à la fin de notre travail un bref aperçu de ces dernières affections.

Les *viscéralgies*, rejetées par Valleix comme n'appartenant pas à la classe des névralgies, rentrent pleinement, au contraire, dans le cadre que notre définition nous a tracé.

Les raisons pour lesquelles cet auteur avait exclu les affections douloureuses des viscères étaient d'abord le trouble des fonctions de l'organe affecté, — ensuite et surtout l'absence de points douloureux superficiels.

Or, certaines névralgies cérébro-spinales s'accompagnent souvent, comme Valleix l'a noté lui-même, d'une extrême difficulté dans les mouvements, ou d'altérations dans la circulation et les sécrétions de la partie douloureuse : par exemple, le tic douloureux, la sciatique, la névralgie intercostale, la névralgie de la branche ophthalmique du trijumeau; — tandis que certaines viscéralgies, primitivement au moins, ne s'opposent nullement à l'accomplissement des actes physiologiques de l'organe qui en est le siége : angine de poitrine essentielle, certaines formes de gastralgie idiopathique.

Quant à l'absence de points douloureux superficiels, on ne doit pas s'étonner de l'importance que leur accorde celui qui les a pour ainsi dire découverts. La

névralgie est pour lui « une douleur plus ou moins violente ayant son siége sur le trajet d'un nerf, disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, *est plus ou moins douloureuse* » (1).

La présence des points douloureux est donc, aux yeux de Valleix, le caractère essentiel, pathognomonique.

Mais nous croyons qu'on aurait tort d'en faire, comme lui, un élément *sine quâ non* de la névralgie. Quoiqu'en dise Valleix, nous avons cherché plus d'une fois en vain, malgré tout le désir que nous avions de les trouver, et le soin que nous mettions dans notre recherche, les points douloureux qu'il signale, et cela, dans des névralgies d'ailleurs parfaitement caractérisées. — Il est hors de doute, d'un autre côté, qu'il existe des points douloureux dans les névralgies ganglionnaires : points cardiaque, pylorique, dorsal, dans la gastralgie.

Ceci une fois admis, que les points douloureux ne constituent pas essentiellement la névralgie, les *affections douloureuses idiopathiques des extrémités nerveuses* (musculaires et cutanées), et les *névralgies centrales*, réclament à leur tour une place dans notre étude.

Nous aurons encore à considérer, comme formes névralgiques particulières, les névralgies qui surviennent sous l'influence de causes générales déterminées, qui cependant ne produisent aucune altération primitive *locale* directement appréciable. C'est ainsi que nous décrirons les névralgies qui sont liées à l'*hystérie*, aux *diathèses rhumatismale, syphilitique, dartreuse*, etc., à l'*intoxication paludique, saturnine*, etc.

Parmi ce dernier genre de névralgies, il en est qui coexistent avec des lésions appréciables ; mais celles-ci ne sont presque jamais locales, et dans les cas même où elles se produisent *loco dolenti*, elles ne sont pas la cause primitive des douleurs névralgiques ; elles ont, au contraire, une pathogénie commune ; elles dérivent d'une même diathèse. Ce qui le prouve, c'est que les altérations matérielles amenées par cette disposition générale n'accompagnent pas nécessairement les manifestations névralgiques. Ces dernières peuvent, en effet, ou les précéder ou les suivre.

A côté des névralgies dont nous venons de parler viennent se ranger les douleurs dépendant d'une altération appréciable localisée, circonscrite, mais siégeant sur un point éloigné avec lequel le point douloureux a ou non des connexions anatomiques ou physiologiques.

Ce sont les névralgies *sympathiques* auxquelles nous conservons le nom de névralgies, parce qu'il n'existe pas non plus ici de lésion matérielle locale, c'est-à-dire, intéressant le point où se fait sentir la douleur. Nous citerons comme

(1) *Op. citat*, page 2.

exemples les névralgies intercostales liées à une affection de l'utérus, les douleurs faciales provoquées par la présence du tœnia, etc.

On voit, par ce qui précède, que nous nous renfermerons autant que possible dans les termes de notre définition, tout en faisant observer qu'elle n'est autre chose qu'une formule trop brève pour être complète, et que la lecture attentive de ce qui va suivre est seule en état de la préciser davantage.

II. Divisions. — Nous établirons d'abord dans les névralgies deux grandes classes : la première comprendra les névralgies *idiopathiques;* la seconde, les névralgies *symptomatiques.*

Cette division nous semble la plus pratique, car c'est elle qui fournit, pour le traitement, les plus précieuses indications.

La névralgie idiopathique est celle qui se développe spontanément ou sous l'influence d'une cause occasionnelle, en l'absence, ou au moins indépendamment de tout état général morbide actuel ou préexistant, — *et* de toute lésion matérielle locale.

La névralgie symptomatique est celle qui se trouve liée à l'existence d'une disposition générale spécifique et morbide, — *ou* d'une lésion pathologique matérielle et locale.

Les névralgies idiopathiques, au point de vue de leur cause, ne peuvent être l'objet d'aucune division. Mais les névralgies symptomatiques se divisent naturellement en deux catégories : dans la première se rangent les névralgies dépendant de l'*état général;* dans la seconde, celles qui dépendent d'un *état morbide localisé.*

L'état général peut être *inhérent* à l'organisme (tout en étant héréditaire ou acquis), — ou le résultat d'une *intoxication.*

Dans le premier cas, on aura les névralgies hystériques, rhumatismales, dartreuses, scrofuleuses, syphilitiques, diphthéritiques, celles qui viennent à la suite de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune, du choléra et de plusieurs autres maladies aiguës, celles qui résultent de la suppression spontanée ou provoquée d'un flux physiologique ou pathologique (menstrues, leucorrhée, catarrhe pulmonaire, sueur des pieds, ancien exutoire, etc.).

Dans toutes ces névralgies, l'altération générale n'est pas appréciable. Dans d'autres, on peut constater directement l'altération du sang : névralgies goutteuses, chlorotiques, diabétiques, albuminuriques.

Dans le second cas, lorsque la névralgie est causée par une intoxication, celle-ci est, ou métallique (colique saturnine), ou alimentaire (colique végétale, acrodynie?), ou paludeuse (fièvres larvées). — Les trois dernières sont épidémiques ou endémiques.

L'état morbide localisé peut être éloigné du point douloureux : on a alors des névralgies *sympathiques,*—ou bien il occupe le point douloureux lui-même

ou un point très-rapproché; alors, on n'a plus que des *douleurs névralgiformes symptomatiques*.

Au point de vue de leur *siége*, qu'elles soient idiopathiques ou symptomatiques, les névralgies sont de deux genres : 1° les névralgies du système *encéphalo-rachidien*; 2° les névralgies du système *ganglionnaire*.

L'établissement de ces deux genres est fondé principalement sur leur siége anatomiquement et physiologiquement différent, mais aussi sur l'ensemble assez nettement séparé de leurs symptômes, et sur la nature très-distincte de leurs indications thérapeutiques.

Dans l'un comme dans l'autre de ces deux genres, la douleur peut occuper, soit le trajet des rameaux nerveux, soit leurs extrémités périphériques (muscles et téguments), soit les centres nerveux.

D'où, les névralgies *ramellaires* (1), les névralgies *musculaires* et *tégumentaires*, et les névralgies *centrales*. Les névralgies tégumentaires sont *cutanées* ou *muqueuses*, et les névralgies centrales intéressent l'*axe encéphalo-rachidien*, ou les *plexus ganglionnaires*.

En achevant d'établir cette classification, nous sentons la nécessité d'avertir le lecteur qu'il ne doit considérer ce qui précède que comme un exposé dogmatique, destiné à établir un peu d'ordre dans l'étude de notre sujet. La nature ne se prêtant pas à ces divisions arbitraires, nous serons obligé plus d'une fois d'abandonner nous-même la voie que nous nous sommes tracée d'avance, sous peine de sacrifier à la méthode quand même, l'observation rigoureuse des faits.

C'est ainsi qu'il nous arrivera peut-être, dans le cours de notre travail, de confondre, ou du moins de réunir des névralgies séparées dans notre classification, comme de traiter isolément certaines formes névralgiques groupées cependant sous le même titre nosographique. Mais ces apparentes aberrations auront toujours pour but de conserver aux faits leur véritable originalité, souvent si dédaigneuse des règles dogmatiques que l'esprit humain cherche sans cesse à leur imposer.

(1) Qu'on nous permette ce néologisme qui a au moins sur beaucoup d'expressions médicales modernes, l'avantage de ne pas dérober sous une dénomination latine ou grecque inconnue, un sens déjà trop obscur.

Nous donnons ci-dessous le tableau synoptique des névralgies, d'après la classification que nous venons de faire connaître :

- **PREMIÈRE CLASSE. NÉVRALGIES IDIOPATHIQUES.**
  - *I.* N. cérébro-spinales, ou névralgies proprement dites.
    - *A.* N. ramellaires.
      - 1° N. trifaciale.
        - Branche ophthalmique.
          - N. ophthalmique proprement dite.
          - — ciliaire.
          - — lacrymale?
          - — sus-orbitaire.
          - — frontale interne?
          - — nasale externe.
        - Br. maxillaire supérieure
          - N. dentaire postérieure.
          - — sous-orbitaire.
        - Br. maxillaire inférieure
          - N. linguale.
          - — temporale.
          - — auriculaire antérieure.
          - — buccale.
          - — mentonnière.
      - 2° N. faciale proprement dite (1).
      - 3° N. cervico-occipitale.
        - N. occipitale.
        - — mastoïdienne.
      - 4° N. cervico-brachiale.
        - N. circonflexe.
        - — sus-scapulaire.
        - — cubitale.
        - — musculo-cutanée.
        - — radiale.
        - — médiane.
      - 5° N. dorso-intercostale.
        - N. dorsale.
        - — intercostale.
      - 6° N. lombo-abdominale.
        - N. lombaire.
        - — abdominale.
        - — iléo-scrotale ou vaginale.
        - — spermatique.
      - 7° N. crurale.
      - 8° N. sciatique . . . .
        - N. sciatique proprement dite.
        - — poplitée.
        - — péronière.
        - — plantaire externe.
        - — — interne.
    - *B.* N. musculaire.
    - *C.* N. cutanée.
    - *D.* N centrales.
      - 1° N. encéphalique ou cérébralgie.
      - 2° N. médullaire ou spinalgie.
    - *E.* N. générale.
  - *II.* N. ganglionnaires, ou viscéralgies.
    - *A.* N. ramellaires . . . . . .
    - *B.* N. musculaires . . . . . .
    - *C.* N. muqueuses. . . . . .
    - *D.* N. centrales . . . . . .
      - N. du pharynx.
      - — de l'œsophage.
      - — du larynx.
      - — du poumon.
      - — du cœur.
      - — du diaphragme.
      - — de l'estomac.
      - — de l'intestin.
      - — de l'anus.
      - — du foie.
      - — de la rate.
      - — des reins.
      - — de la vessie.
      - — de l'utérus.
      - — du vagin (2).
    - *E.* N. générale.

(1) Cette névralgie est généralement admise. Les expériences de Cl. Bernard ont fait voir que les fibres sensitives et les fibres motrices ne sont jamais complétement isolées.

(2) Les muqueuses qui tapissent les orifices ou les premières voies participent de la peau en ce sens qu'elles reçoivent un grand nombre de filets cérébro-spinaux. Nous aurions donc pu placer les névralgies du pharynx, du larynx, de l'anus, du vagin, et même certaines névralgies de l'utérus, parmi les névralgies cérébro-spinales; mais la texture anatomique générale de ces organes les rapprochant davantage des viscères proprement dits, nous avons compris dans les viscéralgies les affections douloureuses essentielles dont ils sont assez souvent le siége.

- SECONDE CLASSE. NÉVRALGIES SYMPTOMATIQUES.
  - *I*. Liées à un état morbide général. (névralgies holopathiques.)
    - *A*. Inhérent à l'organisme.
      - 1° N. diathésiques
        - N. hystérique.
        - — rhumatismale.
        - — dartreuse.
        - — scrofuleuse.
        - — syphilitique.
        - — diphthéritique.
        - — consécutives à la fièvre typhoïde, à la fièvre jaune, au choléra et à d'autres maladies aiguës.
        - — résultant de la suppression des menstrues, d'un catarrhe pulmonaire, utérin ou vaginal, de la sueur des pieds, d'un ancien exutoire, etc., etc.
      - 2° N. hémopathiques.
        - N. goutteuse.
        - — chlorotique.
        - — diabétique.
        - — albuminurique.
    - *B*. Résultant d'une intoxication. .
      - N. métallique
        - saturnine.
        - mercurielles?
      - — paludeuse.
      - — alimentaire
        - colique végétale.
        - acrodynie?
  - *II*. Liées à un état morbide localisé.
    - *A*. Dans un point éloigné du siége du mal . . . . . (névralgies sympathiques.)
      - N. cervico-brachiale liée à une maladie du foie.
      - — intercostale et gastralgie liées à une affection utérine.
      - — faciale tenant à l'existence d'helminthes ou de tœnia, etc., etc.
    - *B*. Dans le point malade. . . . (douleurs névralgiformes symptomatiques.)
      - A la suite de plaie, contusion, inflammation, — névrome, cancer, tubercules, etc., etc.

PREMIÈRE CLASSE.

NÉVRALGIES IDIOPATHIQUES.

I. — Névralgies cérébro-spinales.

A. — *Névralgies ramellaires.* — Ces névralgies ramellaires idiopathiques du système cérébro-spinal sont celles qu'on a le plus étudiées et qui sont les mieux connues. C'est à elles qu'on a donné, plus particulièrement, le nom de *névralgies.*

Nous allons en exposer successivement les symptômes et le traitement ; nous y joindrons l'étude des causes, et quelques considérations sur la nature intime de la maladie. Ces deux derniers chapitres s'appliqueront non-seulement aux névralgies idiopathiques des filets nerveux du système encéphalo-rachidien, mais encore à la plupart des autres névralgies idiopathiques.

L'étiologie éloignée et prochaine constituant souvent, ici comme ailleurs, la meilleure base de la thérapeutique, nous avons cru utile de traiter cette question avec assez de détails, puisque nous avons à exposer non-seulement les formes, mais encore le traitement des névralgies.

I. Symptômes.

1° Symptômes locaux. — 1. *Douleur.* — La douleur est le caractère essentiel, le phénomène indispensable de la névralgie ; elle peut même en être le seul symptôme.

Pour distinguer des douleurs inflammatoires, par exemple, cette douleur purement nerveuse on a désigné celle-ci sous le nom d'*algésie* (αλγος, douleur), et quand elle est portée à un haut degré, sous celui d'*hyperalgésie* (υπερ, au-dessus, αλγος, douleur).

Comme la généralité des pathologistes (1), et même des physiologistes distin-

(1) Romberg a donné lui-même l'exemple de cette confusion en comprenant toutes les névralgies sous le titre générique d'hyperesthésies. — M. le docteur Bourguignon, dont l'ouvrage est cependant beaucoup plus récent, tombe encore dans cette déplorable aberration dès les premières lignes de son livre : « Tous les nerfs de l'économie, » écrit cet auteur, « doués de sensibilité, d'esthésie, peuvent, sous l'influence de causes diverses, » acquérir une *exaltation de cette sensibilité* à des degrés très-variables, depuis la simple » hyperesthésie, jusqu'à la douleur ou l'algésie, et même jusqu'à l'hyperalgésie. » (*Op. cit.* p. 2).

gués (1), confondent encore l'*hyperesthésie* υπερ, au-dessus, αισθησις, sensibilité), avec l'algésie ou l'hyperalgésie, ou, en d'autres termes, l'exaltation de la sensibilité avec la douleur, et qu'il nous paraît qu'il existe une différence fondamentale entre ces deux phénomènes, nous croyons utile de nous arrêter un moment sur cette question, et d'apporter quelques arguments à l'appui de l'opinion que nous venons d'énoncer.

Nous aurons à démontrer les propositions suivantes :

1° L'hyperesthésie n'est que l'exagération de la sensibilité normale, l'algésie et l'hyperalgésie en sont une perversion.

2° L'hyperesthésie appartient également aux sens spéciaux et à la sensibilité générale, tandis que l'algésie et l'hyperalgésie sont heureusement l'apanage exclusif des nerfs de la sensibilité générale.

3° L'hyperesthésie se substitue à la sensibilité normale, — l'algésie s'y surajoute.

4° L'hyperesthésie peut être physiologique, — l'algésie est toujours un phénomène pathologique.

Les éléments de cette démonstration, nous les trouverons, tant dans l'ordre physiologique que dans l'ordre pathologique.

La physiologie pathologique nous fournira aussi des faits dont l'interprétation ne peut que nous être favorable.

Observations physiologiques et physiologico-pathologiques.

1. Tout le monde sait que les nerfs des sens appelés improprement *sens spéciaux*, ne sont pas susceptibles d'éprouver la douleur : leur excitation se traduit toujours sous forme de phénomènes subjectifs qui ne sont que *l'exagération* des actes fonctionnels normaux. C'est cet état morbide qui mérite le nom d'hyperesthésie. La rétine physiologique, que nous prenons pour exemple, répondra à une excitation mécanique anormale par des phosphènes désordonnés, des phantasmes lumineux qui *tiendront* la place des perceptions optiques ordinaires. A l'état d'hyperesthésie, les excitations normales elles-mêmes portant sur le tissu rétinien, y développeront encore des phénomènes du même genre : il faut, si l'on veut maintenir, dans ce cas, la fonction à un taux physiologique, diminuer de plusieurs degrés la force des excitants normaux.

L'expérience aventureuse de Magendie, et des faits pathologiques nombreux l'ont suffisamment prouvé; les vivisections l'ont également démontré pour les

(1) M. Béclard partage encore cette erreur. « La peau réellement organisée pour le » toucher » dit-il dans son ouvrage, « ne peut d'ailleurs exercer efficacement son » action qu'autant que les impressions sont circonscrites dans certaines limites. Lorsque » ces limites sont *dépassées*, la sensation du toucher *devient* facilement aussi une sen- » sation de *douleur, devant laquelle toutes les appréciations du toucher disparaissent.* » (*Traité élémentaire de physiologie humaine*, etc. — Paris, 1862, p. 884).

autres parties de l'appareil nerveux de la vision (1). Si l'on a constaté, même à l'état normal, quelque sensibilité dans ce tissu nerveux, elle est due à des fibres de la sensibilité générale qui se trouvent confondues avec celles du sens spécial.

Les appareils nerveux des sens spéciaux sont donc susceptibles d'être atteints d'hyperesthésie, et non d'algésie.

Les nerfs de la sensibilité qu'on appelle générale peuvent, comme les précédents, devenir le siége de l'hyperesthésie.

La sensibilité physiologique acquiert, en effet, chez les aveugles, par exemple, une délicatesse inouïe. Chaque excitant normal produit alors des sensations simplement exagérées. Mais si la sensibilité est normale, et si l'on applique des excitants anormaux et trop énergiques (pression violente, courant électrique, etc.), leur impression, au lieu de produire des sons intenses, des images photopsiques, se traduira par la douleur. En outre, et indépendamment de *l'hyperesthésie,* les nerfs sensitifs peuvent donc devenir le siége d'un trouble fonctionnel particulier : *l'algésie.*

2. Cl. Bernard (2), ayant excité chez un chat, avec la pointe d'un bistouri, la branche auriculaire postérieure, a vu cette piqûre provoquer subitement dans l'oreille des contractions convulsives, *sans produire ni cris, ni douleur manifeste.* Or, cette branche est sensible, et exclusivement sensible. Il y a donc eu ici irritation d'un nerf sensitif, c'est-à-dire excitation de la sensibilité, sans la moindre douleur.

3. Des observateurs modernes (3) ont démontré d'une manière irréfutable l'indépendance dans laquelle se trouve vis-à-vis du sens de contact, le sens de température auquel nous proposerons de donner le nom de *thermique.* Plusieurs auteurs avaient déjà tenté, anciennement, d'établir cette séparation.

Or, si nous prenons le sens de température ainsi isolé, et si nous observons cliniquement ses altérations, nous trouvons qu'il peut manifester dans certains cas, et cela spontanément, des sensations plus ou moins vives de froid ou de chaleur. Dira-t-on alors que cette chaleur et ce froid sont respectivement une exaltation et une diminution de la sensibilité thermique? Non, car la diminution, par exemple, ne pourra jamais produire qu'un obscurcissement des sensations, et non une sensation de froid parfaitement nette. On ne dira pas non plus que le froid est l'effet d'une exaltation du sens thermique, car la chaleur, à son tour, et à plus forte raison, devrait être considérée comme tel, et l'on aurait alors une cause unique, l'exaltation de la sensibilité, qui produirait deux effets incompatibles : — ce qui est inadmissible.

(1) A. Spring. *Observation relative aux rapports qui unissent le sens de température aux sensations tactiles et douloureuses. Presse médicale belge,* 7 août 1864, n° 34.

(2) O. Landry. *Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles. Archives générales de médecine,* t. XXX ; 1852, p. 40.

(3) A. Spring. *Observation citée.*

Si, au contraire, ces sensations opposées sont le résultat d'une perversion, cette incompatibilité disparaît.

Il nous semble rationnel d'interpréter de la même façon les phénomènes douloureux, c'est-à-dire de regarder la douleur comme un trouble, et non comme une simple exagération de la sensibilité normale.

4. Le docteur Remak (1), après avoir posé en principe qu'il faut établir une distinction sévère entre la faculté de fonctionner d'un nerf, et son excitabilité (2), dit (3) que les courants induits consistant dans des alternatives rapides, et des interruptions plus rapides encore, augmentent d'un côté l'excitabilité, et de l'autre dépriment la faculté fonctionnelle du nerf. Or, il nous semble que ce fait expérimental prouve encore l'indépendance des deux altérations dynamiques que nous voulons séparer, — car la faculté fonctionnelle d'un nerf sensible est le tact, lequel se trouve ainsi, vis-à-vis des courants d'induction, non-seulement indépendant, mais encore en raison inverse de son excitabilité douloureuse.

5. Les expériences de MM. Bastien et Vulpian (4) confirment notre opinion de la manière la plus formelle.

Ces auteurs, ayant pratiqué la compression des nerfs sur eux-mêmes, ont constaté d'abord que chaque espèce de sensibilité suivait une marche propre, successive, dans sa disparition : c'est ainsi que dans ce qu'ils nomment le quatrième stade, dans l'instant où *la sensibilité tactile est paralysée, la sensibilité à la douleur est pervertie et exagérée* souvent à un degré extrême.

Ces physiologistes ne manquent pas de tirer d'ailleurs immédiatement une conclusion parfaitement d'accord avec leurs expériences, en admettant plusieurs des distinctions établies déjà entre les sensibilités de toucher, de chatouillement, de température, *de douleur*, etc., qui peuvent être altérées et même abolies d'une manière isolée.

Observations cliniques.

Celles-ci sont en bien plus grand nombre que les précédentes ; elles sont aussi plus probantes.

1. Il est d'abord un fait incontestable qui ressort d'un grand nombre d'observations, et qui, du reste, est généralement admis. C'est que l'acuité de la douleur, comme le dit M. Bourguignon (5), n'est point proportionnelle à la

(1) R. Remak. *Galvano-thérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires.* Traduit de l'allemand, par le docteur A. Morpain, Paris, 1860.

(2) Page 87.

(3) Page 95.

(4) J. B. Bastien et A. Vulpian. *Mémoire sur les effets de la compression des nerfs. Comptes-rendus de l'Académie des sciences.* 1855, vol. XLI, p. 1009.

(5) *Op. cit.*, pag. 2.

sensibilité des organes. Les expériences de M. Flourens et les faits cliniques le démontrent à l'évidence.

Pour ne parler que des névralgies ganglionnaires, on sait que le grand sympathique est composé, comme les nerfs de la vie de relation, de nerfs moteurs et de nerfs sensitifs. Mais la sensibilité de ces derniers, à l'état physiologique, est obscure ou inconsciente (1). Or, il est des viscéralgies qui s'accompagnent des plus violentes douleurs. On ne peut donc admettre que, dans ces cas, la douleur soit l'exagération d'une sensibilité qui n'existe pas, ou qui est, au moins, comme si elle n'existait pas.

2. Le tact acquiert, dans quelques cas pathologiques (hystérie, somnambulisme), une exquise délicatesse, sans que cette exaltation de la sensibilité, ou, pour mieux dire, cette hyperesthésie s'accompagne de la moindre douleur.

3. Des individus plongés dans le sommeil anesthésique sentent l'instrument tranchant pénétrer dans les chairs sans exprimer, ni par leurs paroles, ni par leurs mouvements, la moindre sensation douloureuse (2).

4. La noix vomique, donnée dans un but thérapeutique, fait surtout ressentir ses effets douloureux dans les points dont la sensibilité est déprimée ou abolie ; c'est dans ces points que le malade sent les fourmillements et les étincelles de douleur provoqués par l'administration des strychnés. Ce fait ne nous paraît possible que dans la théorie que nous cherchons à faire prévaloir ; il serait contradictoire si l'on admettait que la susceptibilité douloureuse est en rapport direct avec la sensibilité tactile, ou bien qu'elle en est seulement un degré plus élevé.

5. Enfin, des observations rapportées et interprétées par d'ingénieux observateurs, MM. Beau et Landry, sont venues jeter sur cette question la plus vive lumière.

Le premier a vu, en effet, la sensibilité tactile normale être conservée dans les points mêmes où aucune sensation douloureuse ne pouvait être perçue (3). M. Landry a vu l'inverse avoir lieu ; et il a, de plus, observé des cas où les deux sensations étaient simultanément perverties, et cela dans un sens opposé : la sensibilité du tact abolie, et la sensibilité à la douleur exagérée, et *vice-versâ* (4).

Le premier de ces états a reçu de M. Beau le nom d'*analgésie;* le second a été appelé *apséphalésie* par Eigenbrodt. Les troisièmes n'ont pas reçu de désignation particulière.

Comme la perte de chacun de ces sens n'est pas toujours absolue, nous proposerions les mots *hypalgésie* et *hypopséphalésie*, pour exprimer, non l'abo-

(1) *Op. cit.*, pag. 321 et 325.
(2) Spring. *Obs. citée.*
(3) Beau. *Recherches cliniques sur l'anesthésie. Arch. génér. de méd.*, 1848, t. XVI.
(4) *Op. citat.*

lition complète, mais seulement un affaiblissement plus ou moins marqué de l'un ou de l'autre sens.

Quant au mot *anesthésie*, il devient un terme vague exprimant une absence complète de sensibilité, abstraction faite de toute distinction.

6. Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter.

Si la douleur n'était qu'un degré plus ou moins élevé de la sensibilité, la seule distinction qu'il serait rationnel d'établir entre toute espèce de douleurs, serait l'appréciation du degré d'intensité de chacune d'elles. On devrait écarter des descriptions pathologiques les termes nombreux dont on se sert pour caractériser la douleur — pour s'en tenir exclusivement à une sorte d'indication manométrique. Or, il n'est pas un médecin, et surtout pas un malade, qui ne sache quelle incroyable variabilité d'expression offre cette grande servitude de l'humanité, la douleur.

Nous concluons donc, qu'entre la douleur et l'exagération de la sensibilité, il faut reconnaître une différence de nature, c'est-à-dire qu'on doit séparer soigneusement, comme représentant deux états dont la nature intime est dissemblable, l'hyperesthésie et l'algésie.

A côté de la distinction que nous venons d'établir, il en est une autre portant sur la forme de la douleur, tandis que la première porte seulement sur sa nature.

La douleur proprement dite, avec ses différents aspects et ses différents degrés, n'est pas la seule sensation qu'éprouvent les malades dans les organes atteints de névralgie; ils y ressentent quelquefois de la brûlure, de la cuisson, de la chaleur, du froid.

Faut-il encore attribuer ces dernières expressions morbides à une modification de la sensibilité tactile proprement dite? Ne serait-il pas plus rationnel de les regarder comme une perversion de cette sensibilité *thermique*, dont nous considérons l'existence comme tout à fait incontestable?

Cette nouvelle interprétation, entièrement conforme aux données physiologiques, pourrait en outre s'appuyer sur quelques phénomènes pathologiques qui nous semblent inexplicables en dehors de cette hypothèse. Nous avons en ce moment sous les yeux un confrère, dont l'esprit et le savoir sont extrêmement distingués, qui éprouve depuis plusieurs mois, mais avec des variations de degré, et même des intermittences, une sensation très-nette de chaleur, assez superficielle, occupant un espace plus ou moins étendu de la région dorsale et lombaire du côté droit. Une pression continue et appliquée sur une grande surface, comme celle du dos d'un fauteuil, réveille cette sensation assoupie.

Mais, ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est qu'alors même que le sentiment de chaleur devient très-intense, il ne s'y mêle pas la moindre sensation douloureuse.

Il n'existe aucune lésion cutanée, musculaire ou viscérale appréciable. Les

fonctions locales se font bien. L'état général est excellent. Le tempérament est lymphatico-sanguin.

Ce fait est pour nous un exemple clinique de l'aberration isolée du sens de la température, à laquelle nous proposerons d'appliquer le nom de *névrothermique*.

Il ne faut pas conclure de toutes ces considérations, que les états morbides que nous nous sommes efforcé de distinguer sont toujours séparés les uns des autres.

Mais si l'exagération de la sensibilité semble se confondre dans certains cas avec la douleur, si l'affection névrothermique se présente rarement isolée, si, en un mot, ces différents éléments ne jouissent pas toujours, dans le domaine des faits cliniques, d'une indépendance mutuelle et complète, ceci n'ôtera rien à la valeur de la distinction virtuelle que nous avons cherché à faire saisir et à faire admettre.

Maintenant que nous croyons avoir suffisamment déterminé la nature de la douleur, il nous reste à étudier ses caractères dans le genre de névralgie qui nous occupe.

Caractères de la douleur. — La douleur névralgique affecte ordinairement une forme spéciale qu'il est assez difficile de rendre par des mots, mais qui laisse, pour ceux qui l'ont déjà ressentie, une impression particulière, un souvenir pénible qu'ils n'oublient jamais.

Cette impression est assez nette et reste assez vivace pour leur permettre à eux-mêmes de poser sans hésiter le diagnostic de leur mal, lorsque la douleur névralgique vient à reparaître.

Ce caractère propre se conserve à travers les variétés les plus grandes, les siéges les plus éloignés, les degrés les plus divers : il réside particulièrement dans l'appréhension continuelle qui précède l'apparition de la douleur, et la vive impatience avec laquelle on la supporte, une fois qu'elle est déclarée; c'est là ce qui donne à la souffrance névralgique ce cachet spécial dont la mémoire du patient garde l'empreinte douloureuse et pour ainsi dire ineffaçable.

Les *élancements* lui impriment ordinairement aussi une manière d'être particulière qui l'empêche de la confondre avec les autres douleurs.

Ces élancements se manifestent sous deux formes différentes.

Ils éclatent dans un ou plusieurs points du nerf où ils restent circonscrits, — ou bien, ce qui arrive le plus souvent, ils parcourent une étendue plus ou moins considérable du trajet du filet nerveux.

Dans ce dernier cas, leur *direction* est presque toujours centrifuge, rarement centripète (1), moins fréquemment encore centripète et centrifuge à la fois. (Bassereau.)

(1) Ces névralgies où les élancements douloureux remontent de l'extrémité vers le tronc, ont été déjà décrites par Cotugno. Valleix a noté leur existence à peu près dans un dixième des cas. M. Piorry en a cité aussi des exemples. Cette rareté relative tendrait encore à prouver que la douleur n'est pas une simple exagération de la sensibilité nor-

Quand la douleur lancinante se localise dans *un point* du nerf, il semble ordinairement que la partie malade devient le siége d'une douleur compressive ou térébrante.

Si la douleur suit, au contraire, le trajet du nerf, alors c'est un éclair (*fulgur doloris*), traçant dans la partie malade un sillon douloureux. Il semble que le nerf est tiraillé, tordu, comprimé, lacéré dans toute son étendue; d'autres fois, le malade ressent une vive brûlure ou un froid glacial le long du trajet du nerf; quelquefois, la sensation est tout à fait indéfinissable.

Elle a parfois pour effet de paralyser momentanément les mouvements de la partie souffrante, ou d'y déterminer une contraction convulsive et instantanée.

Elle devient quelquefois assez vive pour que toute autre partie du corps devienne insensible à la douleur.

Les *mouvements* de la partie exagèrent d'une manière notable ces douleurs lancinantes. Mais cette exacerbation est encore plus marquée si l'on exerce subitement sur les points malades une *pression* brusque et violente. Appliquée graduellement, elle a pour effet, au contraire, d'atténuer souvent la douleur.

Certains auteurs, Valleix entre autres (op. cit., p. 667), prétendent que la pression, quelle qu'elle soit, exaspère toujours les douleurs, — tandis que M. Trousseau, dans ses leçons cliniques (1re édit., 1862, t. II, p. 42), rapporte un cas de névralgie faciale où le malade éprouvait du soulagement en se frictionnant la partie douloureuse avec une énergie extraordinaire. Il a également observé, dans une autre circonstance où il a pratiqué la section de la langue pour une névralgie linguale, que l'*aura* douloureuse a cessé de se faire sentir, au moment où la compression est devenue un peu énergique (op. cit., p. 50).

La conclusion que nous croyons pouvoir tirer de ces faits divergents, c'est que les élancements augmentent ou diminuent suivant les cas, et suivant la ma-

male, car l'impression tactile marche toujours de la périphérie vers le centre. Même en ayant recours à cette distinction pour expliquer la marche ordinairement rétrograde de la douleur lancinante, l'interprétation de ce phénomène reste encore entourée d'une singulière obscurité. Peut-être la *sensibilité récurrente*, découverte par Magendie et bien établie par les travaux de Cl. Bernard (Op. cit, tome II, 1858, p. 25 et suiv.) est-elle destinée à nous en donner la clef.

Les douleurs centrifuges occuperaient les rameaux destinés à fournir aux *racines antérieures* leur sensibilité,—et les douleurs centripètes siégeraient, au contraire, dans les filets aboutissant exclusivement aux racines postérieures. Les névralgies dans lesquelles on rencontre cette dernière espèce de douleurs, ont reçu le nom de névralgies *ascendantes*.

Pourquoi la douleur choisirait-elle de préférence les rameaux de la sensibilité récurrente? C'est ce qu'il nous semble, dans l'état actuel de la science, à peu près impossible d'expliquer. Nous remarquerons seulement, et ceci vient à l'appui de notre thèse, que, d'après les observations de M. Piorry (*Mémoire sur la nature et le traitement de plusieurs névroses*, etc.), ces exemples de névralgies ascendantes seraient plus fréquents qu'on ne l'avait d'abord supposé.

nière dont on exerce la pression, sans qu'il soit possible de tracer une règle absolue à cet égard. On peut dire seulement qu'en thèse générale, la pression augmente la vivacité des douleurs.

La *durée*, l'*intensité* et la *fréquence* des élancements sont variables. Lorsqu'ils sont à la fois très-douloureux, prolongés et fréquemment répétés, les souffrances deviennent alors réellement intolérables. Mais la loi physiologique qui veut que le repos succède toujours à l'activité organique conserve encore, dans l'ordre pathologique, une partie de son pouvoir. C'est à cette heureuse nécessité que l'on doit de voir rarement réunies ces trois funestes conditions.

La durée d'un élancement peut être celle d'un éclair; elle peut aussi se prolonger jusqu'à plusieurs minutes.

La douleur lancinante est généralement vive; elle peut acquérir une telle violence qu'elle fait pousser aux malades des gémissements ou des cris; il arrive aussi par contre que ces élancements sont assez légers pour passer presque inaperçus: ce calme relatif ne se montre guère qu'au début ou au déclin de la névralgie.

Leurs *intervalles* sont ordinairement irréguliers, mais dépassent rarement un quart d'heure. Dans certaines névralgies, les élancements sont isochrones à la diastole artérielle : ils affectent alors la forme pulsative; dans d'autres cas, ils sont tellement rapprochés, qu'ils sont pour ainsi dire subintrants; la douleur lancinante est alors presque continue.

Quant à leur *nombre* total, il varie nécessairement avec la durée de l'accès névralgique lui-même. Ils éclatent d'habitude spontanément, c'est-à-dire sans que rien en apparence ait provoqué leur manifestation. Mais des *causes* morales ou physiques peuvent aussi en susciter l'apparition : tels sont, par exemple une émotion vive, l'impression du froid, d'un changement de température, certaines positions données à la partie malade, un simple mouvement, une pression exercée sur un point du nerf douloureux (1).

Cette dernière observation a conduit Valleix à faire de cette pression, pratiquée méthodiquement, un procédé explorateur qui est devenu, entre ses mains, un précieux élément de diagnostic. Il est à remarquer, en effet, que des pressions pratiquées indistinctement en différents points du trajet du nerf, ne donnent pas des résultats identiques.

Appliquées sur certaines parties du nerf, elles ne réveillent que peu ou point la douleur; en d'autres points, au contraire, une compression même plus légère donne lieu immédiatement, soit à l'augmentation de la douleur continue dont nous parlerons bientôt, soit à la manifestation d'une douleur lancinante circonscrite ou linéaire. C'est également dans ces points d'élection que se produisent les élancements spontanés, soit qu'ils y restent concentrés, soit qu'ils partent

(1) Il faut bien remarquer qu'ici, nous ne parlons plus d'une pression appliquée sur le nerf au moment même où l'élancement est en train de se faire sentir, mais d'une pression pratiquée dans l'intervalle des élancements.

de là pour se propager dans une direction excentrique ou concentrique, le long des filets nerveux. Ces points n'ont qu'une petite étendue (1 à 2 centimètres de diamètre) et ils présentent ceci de particulier que l'exacerbation ne se produit plus quand on presse, à plusieurs reprises, et à de très-courts intervalles, au niveau du point primitivement douloureux : il faut souvent attendre plusieurs instants avant que le nerf ait repris son excitabilité douloureuse (1).

Valleix s'est attaché à localiser d'une manière rigoureuse ces différentes circonscriptions auxquelles il a donné le nom de *points douloureux*. Il est arrivé aux résultats suivants :

1° Il existe sur le trajet d'un nerf névralgié des points déterminés, points douloureux, où se concentre pour ainsi dire la douleur, et d'où vont retentir au loin les élancements.

2° En l'absence de la production spontanée de ces douleurs lancinantes, la pression digitale peut les développer instantanément.

3° Les points douloureux sont soumis, quant à la *position* qu'ils occupent sur le trajet du nerf, à des règles générales que Valleix a formulées de la manière suivante dans ses *Considérations anatomiques :*

« Les points douloureux sont situés :

» 1° Au point d'émergence d'un tronc nerveux (névralgie trifaciale à la sortie des troncs sous et sus-orbitaire et mentonnier).

» 2° Dans les points où un filet nerveux traverse les muscles pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient se jeter (parties où se rendent les branches postérieures des nerfs spinaux).

» 3° Dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments (extrémité des nerfs collatéraux des doigts).

» De ces derniers points, on peut rapprocher ceux dans lesquels plusieurs rameaux, appartenant à des branches différentes, viennent se joindre par leurs extrémités : le plus remarquable est le point qui siége aux environs de la bosse pariétale, et qui est commun aux névralgies trifaciale et cervico-occipitale.

» 4° Enfin, dans un point qu'on pourrait rapprocher du premier, et qui se trouve aux endroits où des troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très-superficiels. Les deux principaux sont ceux dans lesquels le nerf cubital et le nerf péronier contournent, l'un l'épitrochlée, l'autre la tête du péroné. Les points d'émergence sont le plus fréquemment et le plus violemment atteints. »

Nous venons de transcrire littéralement l'énumération que donne Valleix des différents endroits où se montrent de préférence les points douloureux.

Examinons maintenant si ces points sont constamment et exclusivement les

(1) Ce fait trouverait dans le système de Brown, une explication toute simple ; ces surexcitations successives finiraient par épuiser l'*incitabilité nerveuse*.

lieux d'élection de la douleur, — puis, s'il ne serait pas possible d'expliquer pourquoi, sur le trajet d'un nerf, il est des points qui deviennent de préférence le siége de la douleur.

Nous conviendrons d'abord que les lieux indiqués par Valleix sont, en thése générale, ceux où l'on peut réveiller le plus facilement la douleur endormie; mais il nous est arrivé, plus d'une fois, de provoquer des élancements en appuyant le doigt sur une partie du nerf placée en dehors des conditions formulées plus haut. Souvent aussi, nous avons pressé, même au niveau de l'émergence du nerf, sans obtenir le moindre élancement. Nous avons encore rencontré beaucoup de malades qui ne pouvaient indiquer que d'une manière très-vague les endroits où ils ressentaient les douleurs lancinantes, à cause de leur diffusion ou de leur extrême mutabilité. Il ne faut donc pas accorder trop d'importance à la situation de ces points, puisqu'ils présentent, en ce qui regarde leur siége, une aussi grande inconstance. Mais cette variabilité elle-même doit avoir sa raison d'être, et cette raison d'être, nous devons l'indiquer ici; elle nous servira d'ailleurs de solution pour la dernière des deux questions que nous nous sommes posées tout à l'heure.

Nous croyons avec Sandras (1), que la préférence qu'affecte la douleur pour tel ou tel point, tient tout simplement à la facilité plus ou moins grande avec laquelle les différents points du trajet du nerf se prêtent à la compression.

Or, cette circonstance est tout à fait extrinsèque au nerf : elle tient exclusivement aux parties qui l'environnent. En effet, Valleix a remarqué déjà que la structure des nerfs ne peut rendre compte de la situation particulière de ces points douloureux. Mais il a noté le point d'émergence comme étant le plus constant de tous, et c'est justement le lieu où le nerf peut le plus facilement être comprimé : il sort, en effet, d'un canal *osseux* par une ouverture aux *bords rigides* et plus ou moins *tranchants,* pour se répandre dans des parties *molles, compressibles, ou mobiles.* La moindre pression exercée sur la partie, le moindre mouvement qu'on viendra à lui imprimer, se transmettra, comme partout ailleurs, au nerf logé dans les tissus; mais la partie libre du filet nerveux, mue *tout d'une pièce* et fuyant devant la pression exercée sur elle, ne ressentira qu'une très-légère impression; celle-ci sera également fort peu sensible dans l'intérieur des canaux osseux, — tandis que cette impression sera très-vive au point précis où le nerf plonge dans l'os : c'est, en effet, ce point qui devra supporter à lui seul tout l'effort de la pression, retenu qu'il est par un anneau inextensible qui l'empêche d'obéir à l'impulsion communiquée. Les mouvements imprimés à la partie par une contraction musculaire spontanée produiront exactement les mêmes effets. Les autres points douloureux nous paraissent dus à la même cause, car ils se présentent encore là où le nerf change de direction

(1) Sandras et Bourguignon. *Op. cit.*, pages 13 et 14.

en formant un angle plus ou moins aigu, ou passe d'un tissu offrant une certaine résistance ou une certaine fixité dans un autre moins dense ou plus mobile. — Leur existence, moins constante que celle du point d'émergence, s'explique par la faculté qu'ils possèdent d'échapper à la pression, faculté qui trouve elle-même sa raison d'être dans leurs conditions anatomiques, moins défavorables que celles du point d'émergence.

Nous pouvons dire que les points douloureux existeront, en général, là où les conditions anatomiques ne permettront pas au nerf de se dérober facilement à une compression ou à une traction exercées sur lui, par l'intermédiaire des tissus circonvoisins.

Le point douloureux siégeant dans le lieu où viennent se confondre les dernières branches de deux troncs nerveux, semble échapper à la loi que nous venons de formuler. Cette infraction à la règle n'est cependant qu'apparente. Les nerfs, en effet, ne deviennent tout à fait superficiels, comme les artères dont ils sont si souvent les satellites, que par leurs branches terminales — et ce serait encore ici la position sous-cutanée des filets nerveux, bien plutôt que la réunion des dernières divisions de deux troncs différents, qui ferait de ce point un siége de prédilection pour la souffrance, en le rendant trop aisément accessible aux impressions extérieures.

Ce qui met presque hors de doute la justesse de l'explication précédente, c'est que, dans la plupart des cas de névralgie du nerf cubital, pour peu que celle-ci ait une certaine intensité, une pression un peu vive exercée derrière l'épitrochlée, provoque à l'instant même des élancements, quelle que soit la direction de l'avant-bras; c'est en raison de ce que le nerf, assez superficiellement placé, et reposant sur un plan osseux, peut le plus facilement subir l'influence de la compression; les conditions deviennent, dans ce cas, à peu près les mêmes qu'au point d'émergence. — On verra disparaître, au contraire, les points douloureux classiques, si certaines dispositions anatomiques viennent s'opposer à ce qu'il s'exerce sur eux une pression suffisante. C'est ainsi que certaines positions du membre, en changeant les rapports des nerfs, déplaceront les points douloureux; si le nerf devient superficiel, ou s'il est mis en contact avec une surface plus résistante, ces derniers deviendront plus nombreux; — tandis qu'un embonpoint trop prononcé, un œdème du tissu cellulaire sous-cutané, une tension trop considérable de la peau, des contractures musculaires, mettront obstacle à la manifestation des points douloureux de Valleix.

Remarquons, enfin, que personne n'a signalé la présence de points douloureux névralgiques dans des canaux osseux, ce qui tient indubitablement à cette circonstance que le nerf y est à l'abri de toute atteinte (1).

(1) Nous verrons plus tard que la névralgie peut *prendre sa source* dans des portions du nerf encore renfermées dans des conduits osseux; mais elle ne se manifestera pas dans

Quoi qu'il en soit de l'explication que nous avons adoptée, il est un fait qui reste acquis à la science et dont on est redevable à Valleix, c'est que la possibilité de constater des points douloureux d'une manière bien évidente le long d'un trajet nerveux est une forte présomption en faveur de l'existence de la névralgie. Ils ne manqueront, en effet, que dans des circonstances exceptionnelles, telles que des conditions anatomiques anormales ou une bénignité extrême de la maladie — et, dans ce dernier cas, le doute que leur absence fera naître dans l'esprit du praticien n'entraînera aucune fâcheuse conséquence.

Si nous reconnaissons, au point de vue du diagnostic, l'importance des points douloureux, on a pu voir, par l'opinion que nous professons à l'égard de leurs conditions d'existence, qu'ils ont pour nous une signification à peu près nulle, alors qu'il s'agit de rechercher la source anatomique du mal. C'est ainsi que la douleur émanera souvent d'un point rapproché du centre, sur lequel aucune pression ne pourra être exercée, où, par conséquent, tout point douloureux fera défaut ; nous croyons même que ce cas est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a cru jusqu'ici, imbu qu'on est encore des idées de Valleix, dont les investigations n'allaient pas au delà des points douloureux.

Des arguments nombreux pourraient être invoqués à l'appui de l'idée que nous venons d'exprimer; mais la plupart seront énoncés dans le chapitre où il sera question des névralgies centrales. Nous donnerons seulement ici ceux qui nous semblent confirmer le plus directement notre manière de voir.

1. Le docteur Remak (1) dit avoir remarqué des différences notables dans l'excitabilité galvanique (nous ne disons pas sensibilité), de différents points du trajet d'un même nerf. L'excitabilité diminue, et cela pour les nerfs sensitifs comme pour les nerfs moteurs, à mesure qu'on s'éloigne de l'encéphale. — La même chose doit exister pour la susceptibilité à la douleur, qui, par ses manifestations, se rapproche beaucoup plus de l'excitabilité électrique que de la sensibilité normale.

2. L'observation montre tous les jours que, dans la névralgie sciatique, le mal siége particulièrement vers la racine du nerf, et épargne, au contraire, ses ramifications périphériques. Il en est de même pour la névralgie intercostale, et peut-être que le trajet trop court des autres nerfs ou leur position trop profonde, sont les seules circonstances qui aient empêché de faire la même remarque pour la généralité des névralgies.

3. Tout le monde sait aussi que les névralgies de la tête sont de beaucoup les plus communes.

ces points eux-mêmes à l'état de douleur, ou, si elle le fait, ce ne sera jamais sous l'influence de la pression : c'est seulement au point d'émergence ou au-delà que la douleur se fera sentir.

(1) *Op. cit.*, p. 83.

4. La fréquence des névralgies centrales, dont nous aurons à parler plus tard, fait intervenir dans la pathogénie des névralgies ramellaires, un nouvel élément que nous pouvons invoquer pour le soutien de notre thèse.

5. Une lésion matérielle, située vers la racine d'un tronc nerveux, développe dans ses ramifications périphériques, des douleurs névralgiformes. — Une perversion fonctionnelle, occupant un point élevé du trajet du nerf, peut donner lieu, comme elle, à des élancements névralgiques dirigés vers son extrémité.

6. Valleix lui-même reconnaît qu'il est rare qu'une branche nerveuse soit atteinte isolément. « On parvient presque toujours, dit-il, à retrouver la douleur dans le tronc nerveux lui-même, ou dans le plexus qui produit les branches atteintes. » Ceci prouve que Valleix avait déjà l'idée de la centralisation de la douleur : un degré de plus, et il arrivait à la notion des névralgies centrales.

Il y a donc lieu d'admettre, en conséquence de ce qui précède, que dans les cas même où des points douloureux existent manifestement sur le trajet d'un nerf, le siége réel, la source authentique du mal peut siéger plus haut, vers la racine du tronc nerveux, s'élever même jusqu'à l'origine centrale du nerf (*névralgies centro-ramellaires*).

On comprend immédiatement l'importance de cette conclusion. Elle ouvre, selon nous, une voie nouvelle à la thérapie antinévralgique. On ne s'attachera plus désormais à poursuivre à outrance les points douloureux, comme le faisait Valleix, afin de forcer le mal jusque dans son dernier refuge ; — mais on cherchera à remonter plus haut dans l'étude des causes premières, et l'on aura recours à l'exploration la plus attentive, non-seulement de toute l'étendue du nerf, mais aussi des centres nerveux.

Cette double recherche fournira souvent des données précieuses, qui permettront d'atteindre le mal dans sa source, au lieu de s'évertuer à combattre un symptôme sans cesse renaissant.

Nous nous sommes peut-être un peu longuement étendu sur la question des points douloureux. Mais l'importance que leur accordait Valleix, la valeur diagnostique que nous leur reconnaissons encore; enfin, le désir que nous avions d'exposer une façon nouvelle de les envisager, sont les motifs qui nous ont conduit à en faire une étude aussi détaillée.

Il nous reste maintenant, pour terminer l'histoire de la *douleur* dans les névralgies du système encéphalo-rachidien, à décrire celle qui remplit les intervalles des élancements, et constitue, pour ainsi dire, le fond uniforme de l'accès.

Cette dernière douleur est ordinairement *sourde et continue;* elle a de l'analogie avec celle que produit une tension ou une pression trop forte; elle peut être presque inappréciable, tant elle est légère; dans d'autres circonstances, au contraire, elle acquiert une assez grande intensité.

La *pression*, surtout au niveau des points douloureux, la rend beaucoup plus aiguë. Sa vivacité est presque toujours dans un rapport direct avec la violence des élancements. Elle ne se fait pas sentir toujours dans toute l'étendue du nerf : il arrive parfois qu'elle se réfugie, comme les douleurs lancinantes, dans les points douloureux.

La *durée* de cette douleur permanente est très-variable : on l'a vue se prolonger plusieurs jours; dans d'autres cas, elle cesse avec l'accès au bout de quelques minutes. C'est cette souffrance continue qui nous paraît être la cause, chez les sujets névralgiques, de l'*impatience* qu'ils éprouvent : en occupant les intervalles des élancements, ils ne laissent au malade qu'un calme relatif, et ne lui permettent de jouir d'un repos complet que lorsque l'*accès* lui-même a pris fin.

Le *début* de celui-ci est presque toujours marqué par le développement progressif de cette douleur que vient bientôt interrompre, comme un éclair, le premier élancement.

L'accès continue ensuite sa *marche* ascendante; les élancements se multiplient, en même temps qu'ils deviennent de plus en plus aigus; la douleur contusive elle-même augmente d'intensité. Puis, au bout d'un temps variable ces *poussées douloureuses* vont en diminuant insensiblement, ou bien cessent brusquement pour reprendre presque aussitôt avec une nouvelle énergie. Ces exacerbations rapprochées et poignantes reviennent d'une manière assez irrégulière; elles constituent par leur succession l'ensemble d'un accès.

La *fin* de l'accès s'annonce par la diminution ordinairement rapide des douleurs; les élancements vont en s'éloignant et en s'affaiblissant; la sensation intervallaire devient elle-même de plus en plus légère, et bientôt, de cette scène douloureuse, il ne reste plus qu'un souvenir pénible, auquel se joint habituellement une insurmontable anxiété, résultant de l'appréhension que cause l'imminence d'un nouvel accès.

L'*acuité* des symptômes varie d'ailleurs d'un individu à l'autre, et d'un accès à l'autre chez le même individu. Elle diffère aussi suivant le nerf malade, et se ressent même des variations atmosphériques et surtout de l'abaissement de la température; cette dernière action, indiquée déjà par les anciens auteurs, a été confirmée par Valleix (1), qui fait remarquer avec raison que les douleurs névralgiques acquièrent, dans les temps de neige, une violence inusitée.

Il est également difficile de rien dire de constant quant à la *durée* et à l'*intervalle* des accès. La durée augmente ordinairement à mesure que les accès se répètent; elle varie de quelques minutes (5 à 10), à une ou plusieurs heures. Quant à l'intervalle, il est rare que l'accès ne se répète pas plusieurs fois en un jour : on en a vu se répéter jusqu'à cent fois dans les vingt-quatre heures.

(1) *Op. cit.*, p. 682.

Plusieurs accès, en se succédant, constituent une *attaque*.

La *durée* de l'attaque est proportionnelle au nombre des accès; elle peut se prolonger pendant plusieurs jours.

Elle se reproduit à des *intervalles* variables tout à fait illimités. Les attaques seraient franchement périodiques, d'après Valleix (1), environ dans un dixième des cas. Ce qui les distinguerait surtout des accès, c'est, outre la durée ordinairement plus grande des intervalles, cette circonstance que la douleur, qui persistait entre deux accès, fait place à un calme complet dans l'intervalle de deux attaques. Cette dernière distinction n'est pourtant pas absolue : nous avons constaté sur nous-même, dans des moments où toute douleur spontanée avait cessé depuis longtemps de se produire, qu'une pression exercée sur le point où s'était concentrée auparavant la souffrance, réveillait une impression douloureuse; celle-ci, heureusement, disparaissait avec la cause qui l'avait provoquée.

Lorsque les attaques se reproduisent depuis longtemps, l'intermittence est encore plus incomplète : une gêne, une sensation désagréable de pesanteur ou de tension persiste alors dans les points qui ont le plus souffert, et avertit le malade que ses tourments ne touchent pas encore à leur terme. Cette souffrance ne se dissipe tout à fait qu'après la dernière attaque.

Il est enfin des malheureux dignes de la plus grande pitié, chez lesquels on n'observe même pas de rémittence, et qui sont soumis, pendant des journées entières, à d'incessantes tortures. Cette véritable question infligée à l'homme par la douleur ne prend fin que lorsqu'elle a réduit le patient au dernier degré de l'abattement, de la faiblesse et du désespoir.

Nous avons omis à dessein, dans le tableau que nous finissons de tracer, l'indication des *causes* qui ramènent les accès et les attaques. C'est ici le lieu de nous en occuper.

La plupart du temps, les accès renaissent spontanément, sans la moindre cause occasionnelle.— D'autres fois, ils se reproduisent à l'occasion d'une émotion morale, d'un mouvement de la partie malade, d'un effort, d'une pression un peu forte, d'un refroidissement. — Les attaques se répètent sous l'influence des mêmes causes. Quant à la première atteinte de la névralgie, nous étudierons plus loin, à l'article *étiologie,* les causes prédisposantes et les circonstances occasionnelles qui président à son apparition.

2. *Troubles dans la circulation locale.*

L'étude que nous venons de faire de la douleur, nous conduit à parler des *pulsations artérielles* qui l'accompagnent souvent, surtout dans la névralgie de la face.

La perception de ces battements est objective ou subjective. Une artériole

(1) *Ibid.*, p. 679.

qui, à l'état normal, ne donne aucune pulsation appréciable, devient le siége d'une diastole apparente; une artère aux battements ordinairement visibles, acquiert, dans l'accès névralgique, un volume plus considérable et une dureté inaccoutumée. Le malade perçoit lui-même une partie de ces phénomènes : la diastole artérielle devient beaucoup plus sensible pour lui, dans les points où il la sentait déjà, et il la perçoit d'une manière évidente là où elle avait toujours passé inaperçue.

Ces troubles de la circulation ne se produisent guère au delà des points les plus douloureux, et ce n'est ordinairement non plus que durant le cours des accès que ces troubles circulatoires se manifestent. Chacune de ces pulsations exagérées ou anormales devient en outre l'occasion d'une recrudescence fréquente dans les douleurs; il arrive souvent même que la sensation de l'ampliation artérielle s'efface devant l'acuité de la souffrance, et le malade n'accuse plus alors qu'une *douleur pulsative* dont le rythme correspond à celui des battements du cœur.

M. Bourguignon (1) n'est pas éloigné d'admettre qu'alors il existe une véritable névralgie ganglionnaire, ayant pour siége les filets sensibles du grand sympathique qui entourent les vaisseaux, et dont l'excitation douloureuse mettrait en jeu, par un phénomène réflexe, l'action des nerfs vaso-moteurs. Ce qui donnerait du crédit à cette opinion, ce sont les pulsations douloureuses des artères, qui se font sentir particulièrement dans les névralgies de la cinquième paire et dans les névralgies cervicales.

Jointes à quelques autres, que nous signalerons plus loin, ces circonstances établissent une corrélation assez intime, une sorte de dépendance mutuelle entre la douleur et les modifications pathologiques imprimées plus spécialement à la circulation artérielle par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs.

Cette influence réciproque est plus évidente encore dans certaines névralgies viscérales, dont nous aurons à nous occuper plus tard (migraine, gastralgie, névralgie artérielle).

D'après Sandras (2), cette modification dans les fonctions des vaisseaux à sang rouge serait à peu près constante dans les névralgies cérébro-spinales. Nous l'avons, en effet, rencontrée partout où la douleur atteignait un assez haut degré d'intensité; dans les accès légers, ou bien ceux où la névralgie n'était pas bien franche, ces troubles ont presque toujours fait défaut.

On ne doit cependant pas conclure de l'absence de ces phénomènes dans un moment donné, que l'attaque névralgique dont on est témoin en est complétement exempte. Il faut, avant d'en rejeter l'existence, soumettre à un examen attentif non seulement les points les plus douloureux, mais encore les parties environnantes; il faut interroger les troncs artériels voisins, comparer surtout

(1) *Op. cit.*, p. 327.
(2) Sandras et Bourguignon. *Op. cit.*, pages 15 et 16.

le côté malade avec l'autre, lorsque le vaisseau n'est pas impair. On peut, du reste, réveiller instantanément l'énergie des pulsations, en donnant à la partie malade une position qui favorise l'afflux et gêne le retour du sang, en lui imprimant des secousses brusques — enfin, en y provoquant, par la pression, le retour de la douleur.

A cause du lien étroit que nous venons de signaler entre la douleur et les modifications de la circulation artérielle, il deviendra possible, lorsque cette relation sera bien manifeste, d'agir avantageusement sur la douleur en modérant, au moment de l'accès, les battements des artères qui donnent à la partie malade. Nous verrons plus loin, au chapitre du traitement, comment on remplit cette indication.

A l'afflux du sang artériel se rattachent des phénomènes de *congestion capillaire* active, très-apparents dans certaines névralgies; ils se montrent surtout dans les parties où les téguments présentent un haut degré de vascularisation, qui permet aux troubles morbides de la circulation locale de se refléter au dehors. A la face, par exemple, où la peau est fine, les artères superficielles, et les capillaires très-développés, une névralgie un peu intense se révéle aussitôt par la turgescence et la vascularisation plus prononcée de la peau et des muqueuses, en même temps qu'une chaleur plus vive se fait sentir dans toutes les parties qui sont le siége de l'afflux sanguin.

Ce ne sont donc pas, dans l'accès névralgique, les vaisseaux artériels seuls dont l'activité est en apparence (1) surexcitée, mais les capillaires eux-mêmes semblent participer au même désordre fonctionnel.

Ce trouble dans la fonction des capillaires reconnaît-il pour cause directe et exclusive l'impression réflexe de la douleur? La réplétion de ces vaisseaux est-elle simplement un effet mécanique consécutif à l'afflux du sang dans les artères? Tient-elle à la fois à l'une et à l'autre influence? C'est ce qu'il nous est difficile de décider. Nous penchons cependant pour la seconde de ces suppositions, car on sait, d'une part, que les capillaires proprement dits sont dénués de fibres musculaires (2), et manquent de contractilité (Weber), et, d'autre part, nous avons constaté l'exagération de la circulation artérielle dans les cas où nous avons rencontré l'hyperémie capillaire.

Quoi qu'il en soit, les troubles circulatoires du système de transition sont toujours, médiatement ou non, sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs.

Une fois produite, la congestion sanguine amène des changements dans les *sécrétions* de la partie malade; la sueur et les produits sécrétés par les follicules

(1) Nous disons *en apparence,* parce qu'il serait prouvé aujourd'hui que cette surexcitation n'est que fictive; l'hyperémie active ne résulterait elle-même que d'un relâchement des fibres musculaires vaso-motrices, sous l'influence d'une paralysie momentanée des nerfs qui les animent. (Cl. Bernard, Brown-Séquard, Cahen, de Pontéver.)

(2) A. Kölliker, *Éléments d'histologie humaine*, p. 625.

muqueux augmentent d'une manière notable. Une vive *chaleur* se développe en même temps dans tous les points qui sont le siége de l'afflux sanguin.

Il se produit, en un mot, une fièvre locale que les anciens avaient déjà notée et qui avait reçu de Van Swieten le nom significatif de *febris topica*.

Il résulte de ce qui précède, et c'est là la conclusion à laquelle nous voulions arriver, que l'élément ganglionnaire intervient pour une assez large part dans le processus névralgique des nerfs cérébro-spinaux eux-mêmes. Cette conclusion confirme à son tour, dans l'ordre pathologique, les données de la physiologie moderne qui démontrent à l'évidence une relation fonctionnelle étroite entre les nerfs de la vie animale et ceux de la vie de nutrition.

3. *Troubles fonctionnels locaux.*

Aux deux phénomènes locaux que nous venons d'étudier longuement (perversion douloureuse de l'influx nerveux, et modification de l'afflux sanguin), il faut ajouter encore un troisième symptôme dont la constance est moins grande que celle de la douleur, mais qui se présente à peu près aussi fréquemment que la congestion. C'est le *trouble apporté par la névralgie dans la destination fonctionnelle* de la partie affectée.

Les mouvements respiratoires sont gênés, entrecoupés dans la névralgie intercostale; — le membre abdominal reste dans une immobilité forcée lorsqu'il devient le siége de la sciatique; — les muscles de la mastication se paralysent dans la névralgie buccale.

Faut-il attribuer l'immobilité de la partie à la crainte pour ainsi dire inconsciente qu'éprouve le malade de réveiller ses douleurs par le mouvement, — ou bien existe-t-il une véritable lésion dynamique, une paralysie réelle? Le plus souvent, croyons-nous, les appréhensions du patient seront l'unique cause de l'inertie musculaire; mais, dans d'autres névralgies, la douleur donnera lieu à une sorte de *paralysie réflexe* susceptible ou non de disparaître avec la cause qui l'a provoquée ; ce qui tendrait à prouver qu'il peut en être ainsi, c'est qu'au lieu de voir la partie malade dans un repos complet, on y observe assez fréquemment des mouvements brusques, des contractions convulsives (tic douloureux), qui ne peuvent être, en aucune façon, le résultat de la volonté du malade, puisqu'ils ne font qu'exaspérer cruellement les douleurs. Si l'action réflexe est ici de rigueur, pourquoi ne l'admettrait-on pas également, dans certains cas au moins, lorsqu'il s'agit d'une atonie musculaire?

Il nous semble qu'il serait possible, et même facile, dans un cas donné, d'établir cette distinction, au moyen d'un courant faradique: l'électrisation musculaire déterminera immédiatement des contractions, si le repos est volontaire, tandis que la partie gardera son immobilité si l'amyosthénie est réflexe. L'emploi de ce moyen est d'autant plus nécessaire que, souvent, il existe une disproportion assez marquée entre la lésion fonctionnelle et le degré de la souffrance.

Nous ne regardons pas cette recherche différentielle comme superflue : ses résultats nous semblent au contraire d'une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement. Il est évident, en effet, que le pronostic sera plus grave et nécessitera un traitement plus actif dans un cas que dans l'autre.

Ces *spasmes* ou ces *paralysies* ne se montrent pas trop fréquemment dans les névralgies cérébro-spinales rameilaires; mais les premiers sont assez communs dans certaines viscéralgies (névralgies occupant la tunique musculaire de l'estomac, de l'intestin, de la vessie); — les secondes ne sont pas rares dans quelques névralgies diathésiques (névralgies musculaires rhumatismales).

4. *Siège.*

Il ne nous reste plus, pour terminer l'étude analytique des symptômes locaux appartenant aux névralgies idiopathiques des branches nerveuses cérébro-spinales, qu'à nous occuper du *siège* qu'ils affectent particulièrement.

Valleix a trouvé que l'affection névralgique ne se répartissait pas également sur tous les nerfs du système encéphalo-rachidien. Les nerfs superficiels seraient, d'après lui, le plus fréquemment atteints; — et, parmi eux, les branches nerveuses qui se distribuent à la face auraient le triste privilége d'être le siége le plus ordinaire du mal. — Il serait difficile de dire à quoi tient cette prédilection. Nous avons établi antérieurement que la douleur n'est pas en rapport avec la sensibilité physiologique : ce n'est donc pas parce que les nerfs de la face sont plus sensibles que ceux de divers autres points du corps, que la douleur névralgique s'y localise de préférence. D'ailleurs, cette sensibilité plus marquée dans les nerfs du visage ne leur appartient pas en propre; elle est due uniquement, suivant nous, à la finesse de l'épiderme, à leur position superficielle, et à l'habitude que l'on a de garder le visage decouvert : ce sont là, en effet, autant de circonstances qui exposent davantage les nerfs aux influences morbifiques extérieures. Les mains, il est vrai, sont placées à peu près dans les mêmes conditions; mais il y a cette différence que la main est un véritable organe de sens spécial que sa fonction propre garantit pour ainsi dire de la douleur. Nous n'avons donc guère autre chose, pour expliquer la fréquence des névralgies faciales, que les conditions anatomiques désavantageuses que nous avons signalées plus haut.

Il existe d'ailleurs, dans le cours même des attaques, une *variabilité* remarquable dans la localisation de la douleur. Il est rare d'abord qu'elle attaque primitivement tous les rameaux destinés à souffrir; elle commence, d'habitude, par atteindre une branche, puis elle se propage de là dans les ramifications, ou s'étend aux autres branches du même tronc. Lorsque l'attaque ou même l'accès est dans son cours, la douleur subit souvent des déplacements remarquables ; elle se dissémine, se concentre, abandonne un nerf pour occuper un filet voisin ou pour passer dans un autre nerf quelquefois assez éloigné.

Cette variabilité de siége devient pour ainsi dire une règle générale dans

certaines névralgies diathésiques que nous étudierons plus loin ; les névralgies cérébro-spinales idiopathiques sont encore celles qui offrent à un moindre degré ces singuliers déplacements. Ils sont cependant encore assez communs pour que Sandras (1) n'hésite pas à considérer la névralgie en général comme essentiellement voyageuse. Dans presque tous les cas où l'on rencontre de la fixité dans la douleur, il faudrait s'attendre, d'après le même médecin, à trouver une lésion matérielle sur le trajet même du nerf. — C'est donc à tort qu'on a désigné les névralgies nomades sous le nom de *névralgies anormales.*

2° Symptômes généraux. — Il arrive le plus souvent que la névralgie débute sans prodrômes. Dans quelques cas cependant son apparition est précédée de frissons suivis de chaleur et de sueur; un malaise général, des troubles digestifs tels que nausées, vomissements, anxiété épigastrique, diarrhée, viendraient se joindre à ces phénomènes généraux (2).

La maladie une fois déclarée, ces signes disparaissent. Ils sont remplacés alors par des symptômes généraux qui ne sont ordinairement que le résultat direct ou médiat de la douleur.

La manifestation générale la plus constante et la plus marquée de la névralgie, est l'expression souffrante de la face. La figure, couverte de pâleur, se colore vivement au moment des paroxysmes; les sourcils sont rapprochés, le front plissé, le regard morne ou anxieux, les lèvres contractées.

Cette expression d'inquiétude ou d'abattement diminue quand la douleur fait trêve, — et, alors même, l'appréhension de nouvelles souffrances empêche encore les traits du visage de reprendre leur calme et leur sérénité.

A cet aspect particulier de la physionomie, se joint une certaine faiblesse et comme un timbre plaintif de la voix, une précautionneuse lenteur dans les paroles, une inaptitude plus ou moins complète pour les travaux intellectuels, une indifférence profonde à l'endroit des impressions extérieures, ou, au contraire, une susceptibilité exagérée, enfin, une privation absolue de sommeil pendant toute la durée des accès.

L'intensité de la douleur peut même susciter des désordres généraux dans la sensibilité et les mouvements: convulsions des membres, attaques hystériformes, exaltation délirante. — D'autres fois, la douleur devient intolérable à tel point qu'elle fait tomber le malade en défaillance.

Ce sont les souffrances qui produisent directement l'état particulier que nous venons d'analyser; elles donnent parfois naissance, d'une manière moins directe, à de l'accélération dans le pouls au moment de l'accès, à de l'inappétence, à de la faiblesse qui devient bientôt elle-même la source d'un éréthisme nerveux,

(1) Bourguignon et Sandras, *Op. cit.*, page 17.

(2) Coussays. *De la névralgie considérée en général.* Thèses de Paris, 1812, N° 160 (in *Compendium de médecine pratique,* de MM. Monneret et Fleury, tome VI, page 174).

lequel, à son tour, favorise la perpétuation de la névralgie. La maladie se trouve ainsi parcourir un cercle vicieux dont le médecin cherche trop souvent en vain la tangente. Tous les troubles généraux que nous venons d'indiquer sont purement dynamiques. Mais on a pu observer aussi d'autres phénomènes qui s'accompagnent de lésions matérielles.

C'est ainsi que plusieurs auteurs ont noté la coexistence d'un embarras gastrique avec certaines douleurs névralgiques; Valleix l'a rencontrée surtout dans les névralgies trifaciale et intercostale. Sandras (1), et d'autres auteurs avec lui, considèrent alors l'embarras gastrique comme la cause efficiente de la névralgie. Mais Valleix se croit en droit de supposer que les troubles des voies digestives sont au contraire sous la dépendance de la douleur; il se fonde sur plusieurs observations dans lesquelles il a vu l'état saburral disparaître alors que la névralgie avait cédé aux moyens dirigés contre elle ; — et, d'un autre côté, il rapporte un cas, où, en dépit de la guérison complète de l'embarras gastrique, la névralgie a persisté.

Comme à Valleix, il nous a paru que l'état saburral des premières voies devait être considéré, dans la plupart des névralgies où il existe, comme une simple complication, ou tout au plus comme un symptôme général, et non comme une circonstance pathogénique.

La menstruation est assez fréquemment troublée; c'est ordinairement un effet sympathique de la névralgie; dans certains cas pourtant, l'irrégularité de la fonction cataméniale, ou plutôt les affections utérines qui en sont la cause, peuvent figurer à titre d'élément étiologique dans l'histoire de la névralgie.

Il est enfin d'autres désordres fonctionnels ou d'autres lésions anatomiques qui doivent être rapportés à l'emploi des agents thérapeutiques internes ou externes destinés à combattre la névralgie. Nous aurons à les faire connaître lorsque, dans le chapitre qui va suivre, nous exposerons le mode d'action de ces différents remèdes.

D'autres phénomènes morbides peuvent se produire encore concurremment avec la douleur; mais comme ils n'ont qu'un rapport de coïncidence avec la maladie principale, nous les passerons sous silence. Il en est un seul que nous signalerons parce qu'il est assez curieux : c'est l'existence simultanée de deux névralgies également bien caractérisées ; elles peuvent occuper les nerfs congénères, comme André, Fouquet et Bichat en ont vu des exemples ; elles peuvent siéger aussi sur deux nerfs différents (Cotugno).

II. Marche et durée.

On doit entendre, selon nous, par maladie *aiguë*, une affection dont les symptômes, vivement accusés, présentent une évolution plus ou moins nettement

(1) Sandras. *Bulletin de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1838, tome III, page 27 et suivantes. — *Bulletin de thérapeutique*, tome VII, page 65.

caractérisée par trois périodes : augment, état, déclin, — périodes se succédant régulièrement, et dont la durée ne dépasse pas un terme assez restreint et à peu près déterminé d'avance.

En s'en tenant à la définition que nous venons de formuler, la dénomination d'aiguë ne serait évidemment pas applicable à la plupart des névralgies, car leur marche est souvent irrégulière, et les périodes y font presque toujours défaut. Cependant cette qualification pourrait être conservée pour certains états douloureux des nerfs affectant l'allure d'une maladie pyrétique ou inflammatoire, et se distinguant en outre des névralgies ordinaires, autant par la régularité de leur cours que par l'absence de cette mutabilité dont nous avons signalé la fréquence habituelle. Le plus grand nombre de névralgies suscitées par un refroidissement présenteront ce développement régulier, au même titre que les autres maladies qui reconnaissent la même cause.

Après ces névralgies, qu'on pourrait donc qualifier d'aiguës, en viendraient d'autres à marche moins régulière, et dont le nombre est beaucoup plus élevé.

Une troisième série, la plus considérable, comprendrait celles que leur évolution capricieuse empêcherait de ranger dans l'un ou l'autre des groupes précédents. Ces dernières névralgies elles-mêmes ont pourtant une période initiale pendant laquelle les attaques deviennent de plus en plus rapprochées et de plus en plus intenses ; mais lorsque la douleur est arrivée à un certain degré d'intensité, elle offre alors les variations les plus imprévues, la durée la plus illimitée.

Il est enfin une quatrième forme qui ne ressort d'aucune des divisions précédentes : elle a en effet une marche régulière, en ce sens que les attaques se reproduisent suivant un type invariable. — Mais son évolution n'a rien de celle des névralgies aiguës, parce qu'elle ne parcourt pas nécessairement les phases successives qui caractérisent l'évolution des maladies aiguës. Ce sont les névralgies *périodiques*.

Il est utile, à peu près dans tous les cas, de rechercher à laquelle de ces catégories appartient l'affection qu'on a sous les yeux, car le pronostic et surtout le traitement seront subordonnés à la forme qu'on lui aura reconnue. Les signes anamnestiques, et l'observation de quelques attaques fourniront à ce sujet des données suffisantes. L'appréciation de leur marche future sera beaucoup plus difficile : il n'est permis que dans des circonstances assez rares de déterminer d'avance leur marche et leur durée. En fait d'indications susceptibles de guider le praticien dans cette appréciation préventive, nous n'avons pu découvrir que les suivantes :

1° La notion exacte du type et de la durée des névralgies antérieures, lorsqu'elles ont existé ;

2° La nature de la cause ;

3° La persistance ou la fugacité de son action ;

4° Enfin, le siége anatomique occupé par la douleur.

Cette dernière indication est une des plus importantes : on sait, en effet, que certaines névralgies, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus ou moins persistantes suivant le nerf qui en est atteint ; tout le monde connaît la fugacité des points névralgiques intercostaux, — et la durée désespérante de la névralgie sciatique.

L'ensemble seul de ces éléments peut nous donner une présomption fondée. Si l'un ou l'autre, ou plusieurs d'entre eux, viennent à manquer, il ne reste plus que des conjectures insuffisantes pour servir de base à une médication rationnelle.

Mais s'il est souvent difficile de deviner la durée probable d'une névralgie dans un moment donné, on peut toujours avoir la notion du temps qui s'est écoulé déjà depuis son début. Or cette connaissance ne doit pas être négligée par le praticien.

Il est hors de doute, en effet, qu'une névralgie ancienne ou fréquemment récidivée puisse entraîner à sa suite des lésions multiples que nous allons signaler, et qui peuvent réclamer une médication supplémentaire. En l'absence même de ces effets appréciables, on a pu observer ici ce qu'on rencontre avec une constance malheureuse dans les maladies chroniques : la ténacité du mal causée par l'habitude. Lorsqu'elle a envahi depuis longtemps l'économie, la souffrance y prend pour ainsi dire droit de domicile, et il faut alors choisir, dans l'arsenal thérapeutique, une arme puissante pour en triompher.

III. Terminaison.

Les névralgies se terminent dans la plupart des cas par la *guérison*, soit spontanément, soit par l'effet de la médication employée. Ce résultat favorable s'obtient surtout dans les névralgies légères et récentes. — Mais la guérison n'est pas toujours radicale.

Une névralgie très-douloureuse et de longue durée laisse habituellement après sa disparition des traces indélébiles de son passage. C'est le plus souvent, dans l'ordre moral, une disposition à la mélancolie qui prend parfois les caractères d'une hypochondrie incurable ; d'autres fois même, l'esprit essaie en vain de se relever de la prostration profonde où la douleur l'a plongé, et le malade finit ses jours dans une espèce d'anéantissement des facultés mentales, qui peut aller jusqu'à la démence.

On a vu aussi des lésions organiques plus ou moins graves (chloro-anémie, affections du cœur) se développer à la suite de névralgies intenses et opiniâtres.

Outre ces reliquats généraux, on observe souvent aussi, dans le point qui a été le siége d'une douleur vive et persistante, des altérations dynamiques ou matérielles. Les principales altérations sont celles de la sensibilité et de la motilité : ce sont la paralysie musculaire et l'atrophie plus ou moins complète du membre malade, une insensibilité plus ou moins marquée de la peau, un

trouble permanent dans les sécrétions de la partie malade. Ces phénomènes locaux sont les seuls qui puissent être considérés comme un effet immédiat ou réflexe de l'algésie ; les autres n'en sont que des conséquences éloignées.

Si même on fait abstraction de ces suites plus ou moins directes de la névralgie, en la considérant comme guérie dès que la douleur a cessé pour ne plus revenir, on trouve encore que le nombre des névralgies rebelles est considérable. Leur chiffre est même de nature à étonner le jeune praticien qui s'imagine qu'avec les moyens nombreux et énergiques que la science met à sa disposition, il doit parvenir à triompher sûrement tôt ou tard de la douleur la plus opiniâtre. Valleix a compté sur 182 cas, 23 névralgies entièrement rebelles, c'est à dire que dans un huitième des cas, tout a échoué. Aucun remède n'a guéri. L'âge avancé, et le sexe masculin chez les jeunes gens ont paru à Valleix des conditions défavorables.

Les malheureux malades dont l'art est impuissant à soulager les souffrances, dont la vie n'est plus qu'une longue angoisse, sont enlevés par une affection intercurrente, ou dépérissent lentement et finissent, quand la névralgie est violente, par succomber à la fièvre hectique. Valleix affirme que les névralgies ne se terminent pas par la mort (1) ; mais Jobert (2) a vu des malades conduits au marasme et à la mort par la persistance et l'intensité des douleurs.

Ordinairement, cette terminaison se fait longtemps attendre : Bellingheri et Huxham auraient même vu une névralgie sous-orbitaire amener la mort au bout de vingt ans (3). D'autres fois, les malades sont conduits beaucoup plus rapidement au tombeau, par suite de l'immobilisation qu'entraîne avec elle la douleur. Ainsi, il s'est montré des cas de névralgie faciale où le moindre écartement des mâchoires donnait lieu à des douleurs atroces, à tel point, que l'introduction des liquides devenait elle-même impossible; on a vu, dans ces circonstances, des malheureux succomber après un court intervalle, par l'effet de cette abstinence forcée (4).

Cette terminaison rapide n'est pas toujours le résultat direct de la maladie; pour échapper à des maux devenus intolérables, des hommes atteints de névralgie n'ont pas craint de chercher dans le suicide la fin de leur misérable existence (5).

D'autres enfin, nouveaux Prométhées, restent vivants, mais rongés par une impitoyable douleur, et ne demandant qu'une grâce, celle de rendre au ciel la vie, ce feu sacré qu'il leur a donné.

(1) *Op. cit.*, p. 683.
(2) Jobert (de Lamballe). *Études sur le système nerveux.* Paris, 1858, t. II.
(3) On serait en droit de se demander si, dans ce cas, la névralgie a *abrégé* l'existence.
(4) *Compendium de médecine pratique*, t. 3, p. 602.
(5) *Ibid.*

IV. Causes.

L'étude de l'étiologie des névralgies cérébro-spinales *idiopathiques* sera naturellement fort restreinte, car la science est à peu près muette à ce sujet, au moins sous le rapport des causes occasionnelles. Les causes prédisposantes ont pu être plus facilement étudiées; elles l'ont été surtout par Valleix, et ce sont les résultats de ses consciencieuses recherches que nous allons exposer ici, après les avoir toutefois contrôlés par la lecture des auteurs et par nos propres investigations.

1° *Causes prédisposantes.* — Les *causes prédisposantes* sont certaines conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'hérédité et de milieux hygiéniques.

Nous avons nommé d'abord *l'âge*, parce qu'il exerce une influence notable sur la production de la névralgie. Les enfants en sont pour ainsi dire indemnes, surtout les très-jeunes enfants. On sait que chez ceux-ci le système nerveux de la vie végétative est presque seul en action, et que l'appareil cérébro-spinal reste jusqu'à un certain point dans un état rudimentaire : il nous paraît rationnel de rattacher à ce développement imparfait l'heureux privilége que possèdent les enfants d'être à peu près complètement exempts de névralgies encéphalo-rachidiennes. M. Bourguignon (1) est tenté de croire que c'est simplement à l'impossibilité dans laquelle se trouvent les enfants d'exprimer leurs sensations douloureuses qu'il faut attribuer cette rareté apparente des névralgies. Il se fonde sur ce fait que les causes propres à surexciter la sensibilité provoquent très-facilement chez eux des spasmes convulsifs. Nous ne pouvons point partager cette manière de voir. Ces spasmes ne sont en réalité que des mouvements réflexes, et l'on sait que ces mouvements se manifestent avec d'autant plus de vivacité et de fréquence que la sensibilité générale se trouve dans un état de repos plus complet : c'est surtout pendant le sommeil, où la sensibilité est pour ainsi dire anéantie, que l'hypercinèse se déclare sous l'influence de la moindre excitation sans que cette excitation soit le moins du monde douloureuse. Les expériences de M. Bernard ont également prouvé que la sensibilité inconsciente donne très-facilement lieu à des mouvements réflexes.

Nous avons encore à opposer à l'assertion de M. le Dr Bourguignon, une observation qui nous est propre. Certains individus présentent, à l'état normal, une excitabilité particulière des muscles de la poitrine, et notamment du grand pectoral. La moindre pression exercée à travers la peau sur un point quelconque du trajet d'un faisceau musculaire donne lieu immédiatement à une contraction excessivement manifeste ; cette contraction se révèle par une dépression longitudinale du tégument, s'étendant tout le long du faisceau intéressé, et par une tumeur circonscrite qui s'élève au point même où la pression a été

(1) *Op. cit.*, p. 34.

appliquée. Le premier phénomène est instantané; le second persiste beaucoup plus longtemps. C'est à ce double effet que Schiff a donné le nom de contraction *idio-musculaire*.

Chez d'autres sujets, il faut, pour obtenir les mêmes résultats, pratiquer brusquement une forte pression; chez d'autres, enfin, nous n'avons pas réussi à les produire.

Or, nous avons constaté, chez ceux où ces phénomènes étaient le plus prononcés, que la sensibilité n'était nullement en rapport avec l'excitabilité musculaire. Il n'est donc pas juste d'attribuer le calme des enfants à l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de manifester leurs sensations; les cris qu'on les entend pousser lorsqu'ils souffrent de la faim en seraient d'ailleurs une preuve suffisante.

A quelle circonstance faut-il donc rattacher la rareté des névralgies chez les enfants? Tient-elle à la petite quantité des nerfs répandus dans l'économie, ou à l'imperfection de ceux qui existent? Dépend-elle seulement de conditions physiologiques telles que l'inaptitude fonctionnelle des centres à percevoir et à transformer en sensations délicates, nettes, les impressions brutes que leur transmettent les filets nerveux?

C'est ce que l'état actuel de la science ne nous permet pas de décider; il est probable cependant que ces différentes causes matérielles et dynamiques contribuent toutes, mais à des degrés divers, à doter les enfants d'un si heureux privilège.

Cette immunité se retrouve encore, mais moins absolue, dans un âge très-avancé. Sur 296 cas, Valleix n'a rencontré que 5 cas de névralgie chez des vieillards de 70 à 80 ans. Elle tient en grande partie aux causes que nous venons d'indiquer pour les enfants. Seulement, ici, c'est la dégénérescence des tissus, la dépression des fonctions, et non leur développement incomplet qui créent cette insensibilité. C'est encore au même genre de causes que nous attribuons la prédominance des névralgies dans l'âge adulte. Nous rejetons donc l'opinion (1) qui fait des fonctions cataméniales et de la reproduction chez la femme, ainsi que des conditions extérieures communes aux deux sexes, un des éléments principaux de cette plus grande fréquence; nous l'attribuons bien plutôt à l'état de maturité complète du système nerveux.

Nous n'avons fait qu'indiquer jusqu'à présent la rareté ou la fréquence absolue des névralgies dans chacun des différents âges, abstraction faite de toute proportion entre les nombres des névralgies observées pour chaque âge, — et les chiffres sous lesquels figurent, dans la population totale, les enfants, les adultes et les vieillards.

C'est cette dernière relation qu'il nous resterait à fixer. Mais nous ne pourrions

(1) Sandras et Bourguignon, page 34.

y parvenir, qu'en ayant recours à des relevés statistiques comme ceux qu'a établis M. le docteur Davaine. Il y donne, en effet, le rapport entre le nombre isolé des individus appartenant aux différents âges, — et le chiffre total de la population. Nous regrettons vivement de n'avoir pu consulter ces précieux tableaux; mais il est probable que les données qu'on pourrait y recueillir ne modifieraient que peu les résultats que nous avons signalés plus haut, c'est-à-dire que, quel que soit le nombre des sujets de chaque âge, la fréquence propre des névralgies irait en décroissant des adultes aux vieillards, — et des vieillards aux enfants.

Après l'âge, vient le *sexe*. Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître aux femmes une plus grande prédisposition aux névralgies. Mais cette assertion est ici sans valeur, car on a omis, dans cette appréciation, d'examiner à part les névralgies cérébro-spinales idiopathiques. Or, nous croyons avoir observé, quant à celles-ci, qu'elles n'étaient pas plus fréquentes que chez l'homme.

Valleix accorde peu d'influence à la *constitution;* cependant, pour lui, les sujets robustes seraient plus souvent atteints. Cette observation qui, d'ailleurs, heurte les idées reçues, ne nous semble pas d'accord avec les faits. M. Bourguignon (1) a vu la névralgie dominer chez les sujets faibles ou chez des individus qui n'avaient que l'apparence de la force et de la santé.

On serait tenté d'admettre, *a priori*, que les personnes à *tempérament* nerveux sont plus sujettes aux névralgies; il n'en est cependant pas tout à fait ainsi: d'après Valleix, ce tempérament n'aurait qu'une très-légère influence, — et, pour nous, nous avons rencontré au moins aussi souvent des névralgies cérébro-spinales idiopathiques chez des individus lymphatiques que chez des personnes à tempérament nerveux.

Nous ne parlerons pas ici de *l'état nerveux,* car celui-ci est rarement essentiel. Lorsqu'il semble devoir être considéré comme tel, c'est qu'il dérive de causes morales dont nous examinerons un peu plus loin l'influence.

Il est étonnant qu'un observateur aussi sagace que Valleix n'ait pas découvert et signalé l'*hérédité* parmi les causes prédisposantes.

Celle-ci, en effet, doit entrer en ligne de compte, non-seulement pour le diagnostic (2), mais encore pour le pronostic et le traitement. On sait déjà combien est redoutable et incontestée l'hérédité dans d'autres affections nerveuses, telles que l'épilepsie et l'hystérie.

Quant aux névralgies cérébro-spinales, nous avons vu déjà plusieurs cas qui nous ont fait croire qu'elles étaient soumises, mais à un moindre degré, à la même influence. Nous avons cru remarquer qu'alors aussi la guérison se faisait plus longtemps attendre.

(1) *Op. cit.*, p. 35.

(2) Lucas. *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux.* Paris, 1850.

Les *conditions hygiéniques* auraient encore pour Valleix une influence à peu près nulle. En ce qui regarde les *circumfusa,* il a trouvé qu'il s'est produit dans une habitation sèche, chauffée, bien éclairée, un nombre de névralgies dépassant du triple au moins celui des névralgies contractées dans un logement humide, mal aéré, et mal éclairé. Il nous semble que, pour être fidèle à la méthode numérique qu'il a si rigoureusement suivie dans son ouvrage, il eût dû prêter une action funeste aux dernières conditions que l'on a cependant l'habitude de considérer comme les plus favorables; mais il a mieux aimé, pour ne pas mettre ici son système tout à fait en contradiction avec sa raison, dénier toute influence réelle au milieu dans lequel vit le malade, et mettre sur le compte du hasard une différence aussi notable dans les chiffres qu'il avait obtenus. Il n'attribue donc, dans le cas présent, aucune importance à ces résultats numériques que peuvent faire varier, en effet, mille et une conditions tout à fait indépendantes des lieux où vit le malade, et bien plus actives dans la production des névralgies, que le séjour habituel dans une demeure plus ou moins chaude, plus ou moins sèche, plus ou moins aérée.

Nous regardons donc comme nulles, aussi bien que lui, les déductions qu'on pourrait tirer de ces chiffres. Nous croyons, au contraire, que, toutes choses égales d'ailleurs, les névralgies se montreront plus fréquemment chez des personnes occupant des habitations mal ventilées, humides et froides. Ces conditions désavantageuses, de même qu'une mauvaise alimentation, ou, d'après certains auteurs, un régime trop excitant, pourront produire directement des névralgies cérébro-spinales ; dans d'autres cas, celles-ci succéderont à des viscéralgies qui, en troublant la nutrition, auront altéré peu à peu les qualités du sang ; mais ces névralgies cérébro-spinales qui sont ainsi le résultat de quelque altération du liquide sanguin, cessent alors d'être idiopathiques.

Certaines *professions* prédisposent également aux névralgies, et, comme l'habitation et le régime habituels, elles donneront plus fréquemment lieu à des névralgies symptomatiques.

Une autre influence à noter, influence inhérente à l'individu, c'est celle des *maladies antérieures;* parmi celles-ci, les seules affections qui prédisposent directement à la névralgie sont les *attaques névralgiques* éprouvées antérieurement. — Et encore, dans ce cas même, c'est plutôt à la cause dont l'action a produit les névralgies précédentes que l'on doit attribuer les névralgies nouvelles; on ne peut cependant refuser à l'existence d'anciennes névralgies une certaine influence, car des attaques souvent répétées finissent par établir, dans l'economie, une habitude qui devient une véritable prédisposition.

Les *climats*, et surtout les *saisons* auraient, de l'aveu de tous, une influence marquée. C'est dans le cours de l'hiver qu'on observe le plus grand nombre de névralgies cérébro-spinales; c'est aussi pendant cette saison qu'elles récidivent avec le plus de facilité.

Il est enfin une dernière cause dont l'influence, longtemps méconnue, parce qu'elle ne peut être matériellement constatée, nous paraît cependant incontestable, c'est le *trouble passionnel des facultés mentales*. Le chagrin sous toutes ses formes (soucis, amour sans espoir, jalousie et regrets), la répétition fréquente d'accès de colère, l'habitude d'un travail intellectuel trop actif ou trop prolongé, amènent assez souvent, soit directement, soit indirectement par l'état nerveux qu'ils déterminent, des névralgies cérébro-spinales idiopathiques. Les passions déprimantes surtout provoqueront cette espèce de prédisposition.

2° *Causes occasionnelles.*—Dans le plus grand nombre des cas, on ne trouve, pour les névralgies idiopathiques, aucune cause déterminante. Cependant, une observation minutieuse, un interrogatoire bien dirigé révèleront plus d'une fois des circonstances étiologiques qui auraient échappé à une recherche plus superficielle. On devra toujours pousser ses investigations dans trois voies différentes, parce que les causes occasionnelles seront presque toujours comprises dans l'un de ces trois groupes : *a*) impressions physiques ; *b*) actions physiologiques ; *c*) affections morales.

a) Parmi les premiers, on a signalé depuis longtemps l'impression locale brusque et prolongée du *froid*. Valleix l'a constaté 17 fois sur 67 cas. Thouret, Masius, Schaeffer, Perroud, Bellingheri (1), M. Fleury (2) en citent des exemples manifestes.

Un *mouvement* brusque de la partie malade a paru être le point de départ de la névralgie dans un des 67 cas recueillis par Valleix ; mais il existait sans doute alors une lésion matérielle du nerf.

La *fatigue*, et surtout la fatigue musculaire, peut encore provoquer l'apparition des névralgies. Dans les circonstances où cette origine pourra être invoquée, la névralgie devra-t-elle être rapportée à un simple trouble dans l'innervation causé par l'excès du mouvement fonctionnel, — ou bien le nerf devient-il alors le siége de certaines modifications dans sa structure ou dans sa composition chimique, dont la présence serait la véritable source du mal? Nous serions tenté de croire que la dernière influence prévaudra dans la grande majorité des cas. On sait, en effet, que l'exercice excessif des organes musculaires donne lieu à la formation en excès, dans la substance même des muscles, de plusieurs composés organiques : ces produits sont la *créatine* et la *créatinine*, qui sont considérés comme appartenant à la série régressive, c'est-à-dire comme des corps impropres à la formation des tissus ; ces substances font donc, dans la pulpe musculaire, l'effet de corps étrangers, et, comme tels, ils doivent gêner la fonction des fibres contractiles ; c'est peut-être même à la quantité excessive de ces

(1) *Compendium de médecine pratique.* T. III, p. 607.

(2) Fleury. *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, 2e édition, Paris, 1856, page 604.

substances dans le tissu musculaire qu'est dû l'endolorissement des muscles que l'on éprouve d'habitude après un exercice fatigant.

Des productions analogues ne pourraient-elles pas se développer dans les nerfs qui, eux aussi, jouent un rôle important dans l'activité des organes locomoteurs; les mouvements mêmes de la partie ne peuvent-ils pas, par les frottements, les pressions, les tractions répétées qu'ils occasionnent, amener aussi dans le nerf une irritation spéciale qui se manifesterait par de la douleur?

Il est vrai que des auteurs ont vu la névralgie se montrer assez loin du point particulièrement soumis à la fatigue; c'est ainsi que M. Bourguignon dit avoir vu une névralgie trifaciale survenir à la suite d'une marche forcée. Mais l'exercice excessif d'un organe réagit toujours sympathiquement sur le reste de l'économie, — et, dans le cas ci-dessus mentionné, la réaction est toute matérielle, car le corps ne peut se mettre en mouvement sans que la tête soit soumise comme le tronc à un déplacement continuel.

b) Parmi les actions physiologiques, dans lesquelles on pourrait déjà faire rentrer la cause précédente, on doit distinguer surtout la *fatigue sensorielle.* Certaines névralgies orbitaires et auriculaires ne reconnaissent pas d'autre origine que la perception d'images trop lumineuses, de sons trop aigus. Cet effet s'explique par la réaction sympathique des nerfs spéciaux sur ceux de la sensibilité générale.

c) On doit rapprocher de ces impressions physiologiques, des *impressions morales* qui entraînent avec elles une trop vive émotion : une joie subite, une violente colère peuvent faire naître une douleur névralgique chez un individu prédisposé.

Il est en dernier lieu une cause déterminante qui ne peut guère rentrer dans l'un des groupes précédents; c'est la disparition brusque et complète d'une autre névralgie. Il n'est pas besoin même que la névralgie disparue soit du même genre. Cotugno a vu la suppression des douleurs sciatiques provoquer l'apparition de la névralgie cubitale. Chaussier (1), une névralgie plantaire faire place à une névralgie sous-orbitaire. M. Grisolle (2), au dire de Valleix, a rencontré une névralgie faciale qui alternait avec une gastralgie. M. Fleury (3) a observé une malade chez laquelle la névralgie occupait successivement, avant de disparaître, le nerf sciatique, l'estomac, le cœur et les nerfs de la cinquième paire.

Cette transposition des névralgies, alors qu'il n'existe dans l'économie aucune cause appréciable à laquelle on puisse rattacher leur origine commune, ferait croire à l'existence d'un principe névralgique essentiel répandu dans l'économie, et manifestant ses effets, tantôt dans un point, tantôt dans un autre.

(1) *Compendium de médecine pratique.* T. VI, 1845, p. 179.

(2) Valleix. *Op. cit.*, p. 703.

(3) *Réflexions et observations pour servir au diagnostic des névralgies viscérales, in Journal de médecine,* N° d'avril 1843, Obs. 2.

Ce sont ces névralgies métastatiques auxquelles les anciens donnaient plus particulièrement le nom de névralgies *anormales*, et qui sont rangées, par certains auteurs, M. Bourguignon entre autres, parmi les névralgies *sympathiques*. — La première désignation est impropre, car nous avons déjà fait remarquer que la mutabilité était un caractère appartenant aux névralgies, et il nous paraît inutile de créer une appellation spéciale pour exprimer la simple prédominance de ce symptôme. — La qualification de sympathique ne nous semble pas convenir davantage : elle doit être réservée exclusivement pour certaines névralgies dont nous avons donné plus haut la définition, et dont nous aurons à traiter plus tard.

V. Nature de la névralgie idiopathique.

Dans les cas où l'examen anatomique des nerfs affectés de douleurs névralgiques a pu être pratiqué, on a rencontré quelquefois des altérations pathologiques occupant différents tissus,— mais on a toujours constaté l'*intégrité parfaite du tissu nerveux lui-même;* la lésion anatomique n'a jamais porté que sur le névrilème, sur la gaîne extérieure du nerf (périnèvre de Ch. Robin), ou sur les tissus voisins. Cette inaltérabilité des faisceaux nerveux est même tellement remarquable que Boerhaave l'avait déjà notée, et les anatomo-pathologistes modernes (1) qui ont étudié de nouveau cette question, n'ont fait que confirmer ce que le célèbre humoriste avait avancé.— On ne parvient même pas à produire l'infiltration purulente du nerf par des moyens artificiels susceptibles d'amener dans les tissus voisins et le névrilème lui-même, une suppuration intense; la seule altération qu'il présente alors est l'ulcération (2).

Aussi des auteurs ont-ils attribué, non pas à l'altération du tissu nerveux lui-même, mais à l'*inflammation du névrilème et du périnèvre,* la production de la névralgie qui cesserait alors de constituer une maladie pour devenir simplement un symptôme douloureux. Cette manière de voir est celle de MM. Martinet, Van de Keeze et Gendrin. Nous croyons ne pas devoir adopter cette opinion, parce qu'elle ne s'accorde nullement avec les observations suivantes :

1. Les altérations de nature phlegmasique constatées sur le cadavre n'ont pas toujours donné lieu à des douleurs de forme névralgique, — tandis que des lésions non inflammatoires ont produit parfois ces douleurs.

2. Lors même qu'on a rencontré des traces de phlegmasie après des douleurs névralgiques intenses et prolongées, les premières pouvaient encore n'être que le résultat, et non la cause de la souffrance.

(1) Martinet. *Mémoire sur l'inflammation des nerfs*, in *Revue médicale*, t. II, 1824, p. 330.

— Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, t. L, p. 35, pl. II.

— Gendrin. *Histoire anatomique des inflammations*. Paris, 1826. T. II.

(2) Gendrin. *Op cit.*, p. 150.

3. Enfin, et c'est là le point essentiel, on a pu examiner plusieurs fois des nerfs qui, jusqu'au moment de la mort, avaient été le siège de névralgies bien caractérisées, — et l'on a constaté, dans ces cas, l'intégrité absolue des cordons nerveux. Cooper, Valleix en citent des exemples.

Le temps n'est donc plus où l'on pouvait envisager la névralgie comme le résultat d'une irritation inflammatoire du tissu nerveux ou du tissu conjonctif qui l'engaîne.

Mais si le mal ne prend pas sa source dans une altération *anatomique* des nerfs algésiés, ne peut-il pas être la conséquence d'un changement *appréciable* dans l'état *physiologique* du nerf? Dans l'état actuel de la science, on doit répondre négativement à cette question.

Nous disons *dans l'état actuel de la science*, car nous ne supposons pas qu'un phénomène pathologique, quel qu'il soit, puisse prendre naissance, sans qu'au préalable une modification soit survenue dans l'organe qui en est le siége. Maintenant surtout que les découvertes des physiologistes modernes tendent à renverser les théories des vitalistes, les expressions morbides ne se conçoivent plus sans une modification organique : mais cette modification organique, la nature nous la dérobe encore trop souvent, et dans la plupart des maladies nerveuses, elle reste enveloppée de l'obscurité la plus profonde.

Pour les névralgies en particulier, cette recherche est entourée de difficultés pour ainsi dire insurmontables. Il faudrait, en effet, pouvoir examiner *directement* sur le vivant, l'état physiologique du nerf. Or, les vivisections ne peuvent être ici d'aucun secours, — et, d'un autre côté, dans les cas encore assez rares où l'on a mis à nu, pour le reséquer, un tronc nerveux névralgié, on n'a pas eu l'idée ou le vouloir d'appliquer à ce nerf, avant d'en opérer l'excision, les procédés à l'aide desquels la physiologie expérimentale a tenté de soulever un coin du voile qui nous cache, encore aujourd'hui, le mouvement fonctionnel des nerfs. Nous ne craignons pourtant pas d'avancer, comme l'expression la plus sincère des faits, la proposition suivante :

De même qu'il n'est pas encore possible de connaître la nature intime de l'innervation, les troubles névralgiques de cette fonction ne se sont encore primitivement révélés, pour les névralgies idiopathiques, par aucune modification CONNUE *dans l'état anatomique ou physiologique du nerf.*

Cette proposition n'est cependant pas admise par tous les physiologistes. Outre la théorie sur la nature phlegmasique des névralgies dont nous avons fait plus haut la critique, plusieurs auteurs ont émis des opinions que nous tenons à rapporter, malgré qu'elles ne se soient appuyées, jusqu'à présent, que sur des hypothèses hasardées, ou sur des faits problématiques.

Une de celles qui ont joui du plus grand crédit, consistait à envisager le trouble névralgique comme l'effet d'une altération dans le *fluide électro-vital*. Mais on sait que des travaux récents ont démontré l'absence de courants élec-

triques propres dans le système nerveux : le courant propre de la grenouille est le seul qu'on puisse actuellement admettre (Gavarret).

Un médecin distingué, M. Fleury (1), a tenté de faire rentrer les névralgies aiguës et chroniques dans la grande classe des *congestions sanguines* actives et passives.

Les arguments qu'il apporte à l'appui de son opinion sont malheureusement plus spécieux que solides, et nous croyons que les succès remarquables qu'il a obtenus dans certains cas par la médication hydrothérapique, lui ont fait outrepasser les limites d'une judicieuse induction; il nous semble aller aussi un peu loin en trouvant des analogies *incontestables* entre la cause, les symptômes, la marche appartenant aux névralgies aiguës et chroniques, et ceux qui se rencontrent dans les congestions sanguines actives et passives.

M. Bourguignon (2) se contente de rejeter l'essentialité des névralgies *persistantes*, parce qu'il ne conçoit pas que le nerf seul soit à l'abri du travail hyperémique qui se fait dans les tissus circonvoisins. Mais nous avons vu que là même où l'on constatait une lésion organique d'un nerf, elle ne portait que sur le tissu conjonctif interfibrillaire et interfuniculaire : le tissu nerveux proprement dit ne ferait donc encore, dans les cas où le nerf est hyperémié, que subir une impression *subjectivement* appréciable.

Une théorie déjà plus ancienne est celle de MM. Trousseau et Pidoux (3). Ces auteurs semblent vouloir rattacher les névroses, et par conséquent les névralgies, à un état général, à une *diathèse névrosique*, dont elles sont l'unique expression locale. Cette diathèse névrosique résulterait simplement du tempérament auquel se joindrait une certaine manière de vivre et l'influence de causes morales. A cette disposition vient souvent s'unir ou plutôt se substituer une autre diathèse, dont la névrose n'est plus qu'une des nombreuses manifestations.

Nous opposerons à une théorie aussi séduisante, les observations où l'on rapporte que des névroses ont éclaté en l'absence de tout état général, par l'effet d'une impression purement locale, ou simplement d'une cause inconnue. Cette hypothèse d'une disposition névrosique ne fournirait d'ailleurs aucune notion nouvelle sur la nature *intime* de la névralgie.

Enfin, M. Remak émet l'idée un peu singulière que les douleurs névralgiques seraient dues aux *vibrations imprimées aux nerfs par les battements artériels;* une cause morbide communiquerait au tissu nerveux une irritabilité douloureuse que réveilleraient les battements insensibles à l'état normal. Mais en accordant même aux pulsations artérielles une aussi grande importance, il

(1) *Traité d'hydrothérapie*, p. 518.
(2) *Op. cit.*, p. 19.
(3) Trousseau et Pidoux, t. II, p. 518 et suiv.

resterait encore à déterminer la nature de la cause pathologique qui donne au tissu nerveux cette susceptibilité inaccoutumée.

On voit, par cette énumération, que certains auteurs se sont payés de mots, et que d'autres sont tombés dans l'exagération ou dans l'erreur, — et qu'en somme, il faut actuellement se résoudre à déclarer inconnue dans son essence la nature intime de la névralgie.

La recherche à laquelle nous venons de nous livrer ne sera pourtant pas sans quelque utilité :

1° Elle démontre l'inopportunité, dans le traitement des névralgies, des moyens dirigés en vue de combattre un état inflammatoire, congestif, etc., complètement illusoire ou purement accidentel ;

2° Elle prouve qu'il faut s'en rapporter surtout aux symptômes subjectifs accusés par le malade, et qu'il ne faut rejeter, lorsqu'il s'agit de lutter contre l'état morbide, aucun des moyens que l'expérience a consacrés, ou qu'une analogie rationnelle pourrait faire regarder comme efficaces : *uno avulso, non deficit alter.*

VI. Traitement.

Considérations générales. — La multitude des moyens pharmaceutiques et autres imaginés pour combattre les névralgies peut, *a priori*, donner une juste idée de la difficulté qu'on éprouve à obtenir la guérison de ces états morbides.

La variété de ces médications tient à ce que chaque agent développe son efficacité dans des cas donnés, tandis qu'il est de nul effet dans d'autres. Autant la névralgie est variable dans son siége, sa cause, sa marche et la forme de ses manifestations, autant la médication antinévralgique doit affecter de modes différents d'application, — et ces indications, difficiles à saisir, quelquefois même contradictoires, lors même qu'elles sont suivies par le praticien, le laissent souvent encore impuissant contre la douleur.

Les névralgies symptomatiques, quand on en saisit bien la nature, sont encore assez attaquables, parce qu'on a la ressource de détruire la cause qui leur a donné naissance. Mais les névralgies cérébro-spinales idiopathiques, les seules que nous ayons examinées en détail jusqu'ici, offrent parfois la plus grande opiniâtreté, parce qu'on ne peut, chez elles, que lutter contre une cause inconnue; on doit souvent parcourir toute la série des moyens antinévralgiques, avant de trouver celui qui doit réussir.

C'est donc surtout à propos de leur étude que nous aurons à présenter les nombreux traitements successivement employés contre la névralgie.

Pour apporter autant que possible de méthode et de clarté dans l'exposition générale et complète de ces moyens, nous devons recourir à des divisions à l'aide desquelles nous grouperons ensemble ceux qui se rattachent les uns aux autres par certaines analogies. Pour qu'on puisse, en outre, retirer des avan-

tages de cette énumération méthodique, il faudra encore que l'action thérapique de chacun d'eux soit soumise à une critique consciencieuse et à un contrôle sévère. — C'est ici que nous trouverons l'application de certaines remarques qui nous ont été inspirées par l'examen des symptômes et des causes; elles nous serviront à nous rendre compte de l'efficacité ou de l'insuccès inattendu des moyens employés dans certaines circonstances, et mettront plus d'une fois le praticien à même de guérir le mal, en lui révélant des indications restées jusqu'alors inaperçues.

Classification des moyens thérapeutiques. — Certains auteurs ont classé les divers traitements d'après leur mode d'action thérapeutique. Mais il est un si grand nombre de cas où il est difficile, sinon impossible, de dire en vertu de quel pouvoir le remède a fait rétrocéder le mal, qu'une telle division, quoique très-scientifique en apparence, serait trop confuse et peu profitable. Nous n'adopterons donc pas cette classification.

Il nous semble plus rationnel, et surtout plus pratique de réunir ces différents moyens sous deux grands titres principaux, comme on le fait d'ordinaire pour les autres maladies, c'est-à-dire que nous exposerons successivement le *traitement général* et le *traitement local* des névralgies idiopathiques des branches du système nerveux encéphalo-rachidien (1).

1° Traitement général.

Recherchons avant tout les *indications* et les *contre-indications* générales de ce traitement.

1° *Indications.* — Les moyens généraux sont ceux auxquels on a presque exclusivement recours au début de certaines névralgies. Dans le cours de ces affections, ils sont presque toujours applicables, concurremment avec les moyens locaux; ils sont même les seuls que l'on emploie dans certains cas où le traitement local serait impossible ou impraticable : un malade ne se résoudra que difficilement à se laisser raser la tête pour permettre l'application d'un remède sur le cuir chevelu névralgié; une jeune femme ne consentira qu'avec la plus extrême répugnance à l'application et surtout à l'entretien d'un vésicatoire sur un point de son visage, quelle que soit l'intensité des douleurs. — D'autres fois, la névralgie occupe un nerf assez profondément situé pour que, de l'extérieur, il soit impossible de l'atteindre.

Il arrive souvent encore que la névralgie est douée d'une telle mobilité qu'il

(1) Nous entendons par *traitement général,* l'ensemble des moyens *agissant par absorption,* — et par *traitement local,* l'ensemble des remèdes qui ne peuvent être absorbés, ou dont l'absorption ne joue aucun rôle dans les résultats thérapeutiques. Cette façon d'envisager le traitement général nous permettra d'étudier, à propos de chaque remède, son *administration générale* et son *application locale,* ou, en d'autres termes, son *usage interne* et son *usage externe.*

serait peu sensé de la poursuivre, successivement, dans les différentes localisations qu'elle choisit et qu'elle abandonne d'elle-même tour à tour.

2° *Contre-indications.* — La médication générale n'est pas toujours souveraine. Lorsque, par exemple, la névralgie est ancienne, bien localisée, et que les médications générales préalablement employées ont échoué, on ne parvient souvent à vaincre le mal qu'en recourant à des actions locales, lesquelles modifient plus directement et plus énergiquement l'état pathologique du cordon nerveux.

La médication générale n'est pas d'ailleurs sans inconvénients. Les principaux sont d'abord l'affaiblissement de leur action thérapeutique sous l'influence d'un usage prolongé,—et, en second lieu, la nécessité où l'on est de faire porter leur action sur le système nerveux tout entier, pour atteindre quelquefois une seule de ses petites divisions. Nous devons ajouter pourtant que ces inconvénients eux-mêmes peuvent être en partie au moins évités : le premier par l'élévation progressive des doses, le second par l'application locale, endermique ou non, du médicament.

Avant d'aborder l'étude particulière de chacun des remèdes généraux, nous avons quelques mots à dire du *traitement préventif* des névralgies.

Vu l'obscurité des causes de la névralgie idiopathique, le traitement prophylactique est renfermé dans des limites très-vagues. Il consistera surtout dans l'observation de certains principes d'hygiène physique et d'hygiène morale. Les habitations froides et humides, les lieux exposés à des courants d'air froid, les passions et les émotions morales trop vives devront être évités.

Il faudra, en outre, se placer, autant que possible, dans les autres conditions générales qui sont nécessaires à l'entretien de la santé.

Le *traitement de la névralgie* une fois déclarée offre une importance beaucoup plus grande et exige une étude plus approfondie.

On doit d'abord, comme dans toute maladie, *éloigner*, autant que possible, *la cause appréciable* de la douleur névralgique. Les moyens auxquels on aura recours dans ce but sont ceux que nous venons de mentionner à propos du traitement prophylactique. Mais, malgré l'indication de leur emploi, ils suffiraient rarement pour chasser complétement la douleur : il sera nécessaire, presque toujours, de recourir à une médication plus active que nous allons faire connaître.

Nous examinerons séparément les médications simples et les médications composées.

A. — Médications simples.

Narcotiques ou *stupéfiants.*

A la tête des moyens antinévralgiques, nous devons placer les médicaments *stupéfiants.* Ce sont, en effet, ceux auxquels on a le plus souvent recours, à

cause de la sûreté habituelle de leur action (1). Non-seulement ils calment la douleur, mais encore ils apaisent l'éréthisme général que fait naître toute souffrance nerveuse un peu vive ou un peu prolongée. Leur innocuité, fondée surtout sur la grande tolérance de l'organisme à leur égard, leur action élective sur le système nerveux, action qui s'accompagne rarement d'accidents sérieux du côté des autres appareils, la facilité de leur administration sous forme d'alcaloïdes, contribuent encore à justifier cette préférence.

Indications et contre-indications. — Les narcotiques peuvent être administrés à peu près dans tous les cas de névralgie cérébro-spinale idiopathique; nous ne leur connaissons, en fait de contre-indications, que les idiosyncrasies particulières qui s'opposent à l'usage des narcotiques, à cause des accidents graves que leur administration ne manque jamais de déterminer.

Dans certains cas, en dehors même de ces susceptibilités anormales, il est du devoir du médecin d'accorder la préférence à d'autres agents thérapeutiques; mais, dans ces cas même, les narcotiques pourront remplir avec avantage le rôle d'*adjuvant* ou de *correctif*.

Doses. — Le mode d'administration et les doses ne devront pas être identiques dans toutes les névralgies cérébro-spinales idiopathiques, et il n'est pas indifférent d'en tracer les règles d'une manière aussi précise que le permet l'action un peu capricieuse de ce groupe de médicaments. Avant donc de porter son attention sur la névralgie elle-même, il faut d'abord s'attacher à certaines considérations, telles que l'*âge*, le *sexe*, le *tempérament* et les *idiosyncrasies*.

On sait que le jeune *âge* réagit d'une manière remarquable contre les narcotiques en général, et l'opium en particulier. Les *femmes* et surtout les femmes nerveuses sont également très-sensibles à l'action de ces remèdes. On rencontre souvent enfin des personnes chez lesquelles la plus petite dose donne lieu à des phénomènes remarquables par leur intensité ou par leur durée, sans que rien puisse faire prévoir l'énergie de cette action. Il faut grandement tenir compte, ici comme dans tout autre traitement, de ces *conditions idiosyncrasiques* inconnues dans leur nature, mais incontestables dans leurs effets, lorsqu'on juge à propos de recourir à l'administration des narcotiques.

Quant à la *névralgie elle-même,* il est reconnu qu'on peut débuter par des doses élevées lorsque la douleur revêt un caractère d'*acuité* extrême : une douleur excruciante ne cédera guère, n'en déplaise aux prosélytes d'Hahnemann,

(1) Valleix dit que les narcotiques ne guérissent pas, mais engourdissent la sensibilité, diminuent la douleur. Mais les narcotiques réussissent souvent à dissiper complétement la douleur, — et, comme celle-ci est le symptôme caractéristique et essentiel de la névralgie, le médicament qui la fait disparaître doit être regardé comme un véritable agent curatif. La distinction subtile que fait Valleix n'est donc rien moins que spécieuse.

qu'à l'introduction dans l'économie d'une quantité considérable du médicament; la tolérance d'ailleurs semble croître à mesure qu'augmente la vivacité du mal. Il faut aussi prendre en haute considération l'*époque du début* de la névralgie, car on ne parviendra généralement à détruire une douleur ancienne qu'en prescrivant immédiatement des doses élevées.

Nous avons signalé déjà, parmi les circonstances étiologiques, l'influence désavantageuse de névralgies antérieures, dont l'effet est de créer dans l'organisme une prédisposition à de nouvelles souffrances : cet effet de l'habitude se fait également sentir dans le cours d'une même attaque.

La douleur élit droit de domicile dans les nerfs, et des efforts énergiques réussissent seuls à l'en chasser.

Le *siége* de la névralgie n'est pas non plus sans fournir des indications au sujet de la dose à prescrire, et ces indications trouveront leur place lorsque nous traiterons plus tard de quelques névralgies en particulier.

Enfin, dans le cours du traitement, il faut toujours avoir en vue, d'une part, la durée nécessairement limitée de l'action des prises médicamenteuses ; — de l'autre, les effets funestes de l'habitude morbide, car cette double considération indique l'opportunité, la nécessité même de prolonger assez longtemps au delà de la guérison apparente, c'est-à-dire de la cessation des douleurs, l'usage du médicament narcotique.

Mode d'administration.—Nous n'aurons, à ce sujet, que deux ou trois points à signaler. Presque tous les narcotiques renferment des alcaloïdes susceptibles d'être isolés, et que la matière médicale considère comme leurs principes actifs. L'usage de ces alcalis organiques offre sur le médicament en substance de précieux avantages, à savoir : dosage plus précis, fidélité d'action à cause de leur composition constante, puissance plus grande, facilité remarquable d'administration, — et d'autres encore, mais moins importants.

D'un autre côté, ces principes ne représentant pas tous les éléments du médicament brut, doivent nécessairement en différer plus ou moins par leur action : c'est ainsi que MM. Trousseau et Pidoux remarquent avec raison que le quinquina, dans le traitement des fièvres intermittentes, réussit encore souvent là où les sels de quinine ont échoué. On n'obtiendra donc pas d'une dose d'alcaloïde les effets thérapeutiques qu'on aurait produits par l'administration d'une quantité correspondante du médicament en nature. Cette dernière considération devrait même restreindre un peu l'usage immodéré qu'on fait de nos jours des alcaloïdes extraits des substances organiques les plus actives et les plus répandues de la matière médicale.

Les différentes préparations du même narcotique, ne contenant pas toutes les mêmes éléments, varieront aussi dans leurs résultats : il suit de là qu'il n'est pas indifférent d'employer telle ou telle forme pharmaceutique, et qu'il ne faut point abandonner un médicament narcotique, parce qu'une seule de ses

préparations, d'ailleurs convenablement administrée, n'a pas immédiatement donné les résultats attendus.

Nous conseillons enfin de ne pas trop fractionnner les doses, car il nous a paru que cette sorte de dilution épuisait sans fruit l'action du médicament; il est donc toujours préférable de prescrire des prises plus fortes et beaucoup moins répétées.

Quant au moment à fixer pour leur ingestion, on le choisira de manière à ce que l'absorption du médicament soit en train de s'opérer, à l'heure même où l'on suppose que la douleur va revenir; de cette façon, le système nerveux sera soumis à l'impression immédiate et profonde du remède, tandis que de faibles quantités, administrées d'une manière continue ou irrégulière, ne feraient que réduire graduellement l'organisme à une indifférence funeste à toute action médicamenteuse. — Le peu d'irritation causé par le contact des substances narcotiques avec les muqueuses digestives permet d'ailleurs le mode d'administration que nous recommandons ici.

C'est là tout ce que nous avons à dire de général sur les doses et le mode d'administration des narcotiques dans le traitement des névralgies cérébro-spinales. — Nous allons examiner maintenant chacun de ces agents en particulier, et les remarques que nous aurons l'occasion de faire à propos de plusieurs d'entre eux compléteront l'exposé général que nous venons de présenter.

Opium. — L'opium, ce puissant antagoniste de la douleur, l'*ultima ratio* du médecin qui, renonçant à combattre une cause inconnue ou inattaquable, ne cherche plus qu'à calmer empiriquement la souffrance, l'opium se place naturellement en tête des agents antinévralgiques.

Action physiologico-thérapeutique. — Quand on étudie avec soin son action dans les névralgies, on est frappé d'abord de la réceptivité de l'organisme malade pour cet agent thérapeutique. Il semble que le médicament épuise tous ses efforts contre la douleur, son véritable adversaire, et ne provoque dans l'économie aucune réaction marquée tant que celle-ci n'est pas vaincue; si la douleur vient à se calmer, alors seulement se montrent les effets physiologiques tels qu'ils se manifesteraient dès le principe en dehors de tout état morbide. C'est cette circonstance qui a fait dire que l'opium ne ressortait ses effets thérapeutiques que du moment où son action physiologique devenait apparente.

Selon nous, la production des derniers phénomènes n'est ni la cause, ni la condition essentielle de sa curation : ils en sont tout simplement un signe; leur apparition est un indice que le remède, s'étant rendu maître du mal, et se trouvant ainsi vis-à-vis d'un organisme sain, développe enfin librement son action.

Les effets de l'opium reposeraient donc pour nous sur deux propriétés pour ainsi dire mutuellement indépendantes : l'une ne serait que la suite, et non la

cause ni la conséquence de l'autre (1). Il résulte de cette manière de voir que le tact pratique du médecin consistera à administrer l'opium de façon à mettre en jeu toute sa puissance thérapeutique, et rien autre chose que cette puissance, — c'est-à-dire que le praticien devra s'arrêter à la limite en deçà de laquelle tous les effets curatifs du médicament se seront produits, et en dehors de laquelle se déclareraient inévitablement des effets physiologiques plutôt préjudiciables qu'avantageux (2). Cette limite est assez variable et souvent difficile à trouver. Plus d'une fois, nous avons vu avec autant d'étonnement que de satisfaction, la névralgie se calmer sous l'influence du narcotique donné à haute dose, sans qu'il nous ait été possible de constater un seul symptôme appartenant à l'action physiologique du médicament; d'autres fois, au contraire, il s'est produit presque aussitôt des accidents sérieux, avec ou sans effet thérapeutique, et cela, après l'administration de doses assez faibles. Le tempérament du sujet, — la vivacité des douleurs, — l'époque plus ou moins éloignée de leur début, — les traitements antérieurs, — enfin l'instinct médical seront à peu près les seules données sur lesquelles il sera possible d'établir une présomption au sujet de la limite qu'il est urgent d'atteindre, mais qu'il ne faut pas dépasser. Mais une expérience bien dirigée saura seule indiquer d'une manière précise le point extrême auquel on doit s'arrêter.

Ceci posé, voyons quels sont les cas justiciables de la médication opiatique.

Indications et contre-indications. — L'opium peut entrer dans le traitement de toutes les névralgies cérébro-spinales idiopathiques, soit comme médicament principal, soit comme adjuvant, soit même à titre de correctif. Comme pour les autres narcotiques, nous ne reconnaissons à son emploi qu'une contre-indication, celle qui découle de certaines idiosyncrasies. Nous avons rencontré un de ces cas chez une jeune dame qui souffrait vivement d'une névralgie erratique occupant successivement différents points de la face, du cuir chevelu et de la nuque; les souffrances étaient assez aiguës pour la priver de tout sommeil. L'hydrochlorate de morphine pris à l'intérieur à la dose de *un centigramme* donna lieu à une disparition complète de la douleur qui lui permit de goûter enfin le repos dans la nuit qui suivit l'administration du médicament. Mais le matin, il se déclara des symptômes assez graves d'intoxication, tels que

(1) Toute rationnelle qu'elle soit, nous ne considérons pourtant pas cette proposition comme absolue : en ceci, elle ne diffère pas des autres principes thérapeutiques dont aucun ne peut être, ni absolument admis, ni absolument rejeté.

(2) Ce n'est pas que nous soyons effrayé par l'apparition de quelques vertiges et de la somnolence, par une constriction gutturale, par de la dysurie et des vomissements, car les accidents produits par des doses élevées d'opium ont rarement des suites funestes : ils se dissipent rapidement d'eux-mêmes lorsqu'on suspend l'administration du remède. Mais il arrive souvent, et ceci est une conséquence du fait thérapeutique que nous voulons établir, que dans les cas d'intolérance, les narcotiques produisent un effet diamétralement opposé à celui qu'on en attendait.

dysurie, serrement et sécheresse de la gorge, nausées continuelles, vomissements bilieux, vertiges et lourdeur de tête. La dose diminuée et introduite par la voie endermique donna lieu aux mêmes effets, et l'insupportable gêne qui en fut la suite, nous força de renoncer à l'usage du médicament.

Il se présente aussi des cas où les effets physiologiques se maintiendront dans des limites normales, où la névralgie ne s'accompagnera d'aucun symptôme susceptible de fournir une contre-indication, — et contre lesquelles cependant l'extrait thébaïque ou ses alcaloïdes resteront sans action. Il faudra bien, en présence de cette inertie inexplicable mais réelle, chercher dans une autre médication le succès que l'opium n'a pu donner. On ne doit pourtant pas encore, dans ce cas même, le répudier absolument, car il ne sera pas encore tout à fait inutile. En l'unissant à d'autres moyens, on en obtiendra quelquefois des avantages inespérés. Ce résultat sera dû à la modification de l'organisme suscitée par l'autre médicament, modification qui aura pour effet de rendre l'économie sensible à l'action thérapeutique de l'opium. Si même, dans ces cas, son rôle se réduisait à celui d'adjuvant, il ne serait pas encore inutile.

Il possède aussi un mode d'action qui, dans mainte circonstance, devient son plus précieux apanage : il apporte en effet une aide puissante à l'action propre de certains médicaments, en établissant pour leur action locale ou dynamique, une tolérance qui leur permet de ressortir toutes leurs propriétés thérapeutiques. C'est ainsi que nous avons souvent uni avec le plus grand succès l'hydrochlorate de morphine au sulfate de quinine qui, seul, n'avait pas été supporté; on prescrit souvent, dans le même but, l'extrait thébaïque en même temps que la belladone, mais son action nous paraît être ici d'une nature beaucoup plus complexe. Il ne nous semble pas inutile d'entrer à ce sujet dans quelques détails.

Giacomini (1), M. Cazin (2), M. Bell (3), M. Béhier (4) avaient déjà signalé l'action de l'opium sur la belladone, et l'on trouve dans diverses publications, des faits assez nombreux tendant à démontrer que l'opium a été opposé avec le plus grand succès aux accidents déterminés par l'ingestion des préparations belladonées. Quelques observations de M. Béhier semblent prouver que cette action est réciproque.

Il résulte de ce qui précède que l'administration de l'un de ces narcotiques dissipe les phénomènes physiologiques trop marqués produits par l'introduction dans l'économie d'une trop grande quantité de l'autre.

(1) A. Giacomini. *Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique*, in *Encyclopédie des sciences médicales*. Paris, 1839. Traduct. de MM. Mojon et Rognetta.

(2) Cazin. *Traité des plantes indigènes*.

(3) *Union médicale*, février 1859.

(4) *Ibid.*

Une innocuité si facilement acquise offrirait d'inappréciables avantages, si elle était constante, et si, de plus, on pouvait être certain que l'action thérapeutique n'en est pas du tout amoindrie.

Or, pour ce qui regarde les effets physiologiques de ces médicaments associés, MM. Trousseau et Pidoux, et après eux, M. Sarrazin, ont vu des accidents d'intoxication suivre l'administration des pilules composées d'extraits d'opium et de belladone. — Quant aux effets thérapeutiques, si, d'une part, l'on s'en rapporte aux idées que nous avons exprimées plus haut sur le développement relatif des effets physiologiques et thérapeutiques de l'opium (1), — et si, d'un autre côté, on constate qu'il en est de même pour la belladone, on trouvera que l'avantage dû à l'association de ces deux médicaments ne devra pas être aussi grand qu'on le croirait au premier abord : la limite que nous avons indiquée plus haut sera seulement moins vite atteinte.

Malgré le reproche que nous adressons ici à la combinaison de ces deux puissants narcotiques, elle n'en sera pas moins employée avec un grand avantage dans des circonstances où les deux remèdes employés séparément seront restés sans succès ; cette association permettra d'obtenir simultanément les effets thérapeutiques des deux médicaments, ou même quelque chose de plus : une action qui serait non pas la simple réunion, mais une espèce de résultante des deux actions individuelles. C'est au moins ce que tendrait à faire admettre l'examen des phénomènes physiologiques auxquels donne lieu l'administration simultanée des deux stupéfiants, car ces manifestations ont une physionomie toute particulière et bien différente de celle qui appartient à l'appareil symptomatique développé sous l'influence isolée de l'un ou l'autre des médicaments.

Ceci serait dû, d'après M. Dubail (2), à une combinaison qui s'opérerait entre les éléments des extraits associés ; mais M. Boudet n'admet pas la possibilité de cette réaction.

On doit y voir tout simplement le résultat d'une réaction réciproque de leurs effets dynamiques.

Mode d'administration et doses. — Nous ne répéterons pas ici les préceptes que nous avons formulés à propos du mode d'administration et des doses des narcotiques en général.

Nous aurons seulement quelques indications à donner pour l'emploi des préparations opiacées en particulier.

Anciennement déjà, on attaquait les névralgies par l'extrait d'opium en le donnant à l'intérieur, ou en l'appliquant directement sur la partie malade.

(1) Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des effets dynamiques de ces deux médicaments, et que nous faisons complètement abstraction de l'action locale que leur contact pourrait exercer.

(2) Bouchardat. *Annuaire de thérapeutique pour* 1861, p. 23.

Mais cette dernière pratique offrait peu d'avantages. L'extraction des principes actifs de l'opium, et particulièrement de la morphine, vint augmenter d'une façon remarquable le crédit de ce dernier mode d'administration; elle donna lieu en effet à des découvertes qui laissèrent bien loin derrière elles la méthode iatraleptique primitive, et sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard au sujet de la morphine.

Quant à l'*usage interne* de l'opium, nous n'avons pas à revenir sur l'opportunité comparative de l'extrait et de ses alcaloïdes, opportunité que nous avons étudiée avec soin dans nos considérations générales sur la médication narcotique.

Nous dirons seulement que, des diverses préparations d'opium, celle qui nous semble la plus sûre est l'*extrait d'opium*, titré à 10 pour 100 de morphine, de M. Aubergier. Cet extrait sera donné, en nature (poudres, pilules, etc.), ou sous diverses formes pharmaceutiques qui nous paraissent en général moins avantageuses (vin d'opium, alcoolé, sirop, etc.).

Les doses de l'extrait varieront suivant les indications que nous avons déjà données plus haut; il convient de ne pas aller en dessous de 4 centigrammes ni au-dessus de 2 décigr. Nous en avons donné exceptionnellement jusqu'à 30 et même 40 centigrammes par jour, et M. Trousseau a pu administrer dans une journée jusqu'à 4 grammes de sulfate de morphine et plus tard, 20 grammes d'opium brut, dans un cas de névralgie épileptiforme.

Le laudanum liquide de Sydenham, employé plus particulièrement à l'intérieur, contient, sur 1 gramme, 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium. Le vin d'opium obtenu par fermentation (laudanum de Rousseau) contient le double d'opium.

75 centigrammes d'alcoolé, et 30 grammes de sirop contiennent environ chacun 5 centigrammes d'extrait.

La thériaque, le diascordium sont des électuaires dans lesquels il entre à peu près 5 centigrammes d'extrait thébaïque pour 4 grammes de véhicule : ils ne sont pas employés dans les névralgies cérébro-spinales. Il en est de même des gouttes noires (*black drops*) qui trouvent leur indication spéciale dans la gastro-entéralgie; 6 gouttes correspondent à 5 centigrammes d'extrait d'opium.

L'alcaloïde le plus usité est la *morphine*. Il s'administre ordinairement sous forme d'hydrochlorate. L'acétate, plus employé autrefois, est à peu près abandonné aujourd'hui, à cause de son action plus irritante.

L'hydrochlorate de morphine se donne à l'intérieur en poudre, en pilules, en solution aqueuse, en sirop. La dose initiale est de 5 à 10 milligrammes; mais on peut aller progressivement jusqu'à 15 centigrammes et même au delà. L'intensité des accidents physiologiques qui pourraient survenir, ou l'inefficacité bien constatée de doses déjà considérables du remède marqueraient seules une limite à cette élévation graduelle des doses.

Parmi les autres alcaloïdes, la *codéine* a été à peu près seule employée, à

cause de l'action sédative qu'on lui prêtait; d'après des recherches récentes, elle posséderait cependant peu de propriétés calmantes : elle se rapprocherait de la belladone par l'excitation nerveuse qu'elle produit. Elle serait, au reste, plus toxique que la morphine.

On devrait lui préférer la *narcéine*. Celle-ci, expérimentée d'abord par Cl. Bernard sur les animaux, puis par M. Debout et M. Béhier sur l'homme, aurait, d'après les observations de ce dernier médecin, l'avantage de ne pas congestionner le cerveau, en sorte qu'elle ne produit ni le sommeil lourd, ni les rêves pénibles qui suivent l'administration de la morphine.

Ses effets sur les voies digestives sont également moins marqués, mais, en revanche, elle agit d'une manière fâcheuse sur l'émission des urines qu'elle rend plus rare et plus difficile. — Quant à son action thérapeutique, d'après M. Béhier qui l'a employée en injections sous-cutanées, elle calme la douleur aussi bien que la morphine.— Son action toxique vient après la codéine, et immédiatement avant la morphine.

M. Ozanam, qui a fait aussi des alcaloïdes de l'opium une étude approfondie, considère, à l'exemple des auteurs précédents, la narcéine comme un des principes calmants de l'opium.

La dose de codéine est de 5 à 10 centigrammes. Celle de la narcéine n'est pas encore bien déterminée; elle serait un peu plus élevée que celle de la codéine.

C'est ici le lieu d'exposer avec quelque détail les deux méthodes qui réunissent, aux avantages d'une application topique, les effets bienfaisants d'une absorption rapide (1) : la méthode *endermique* et la méthode *hypodermique*.

Méthode endermique.—MM. Lembert et Lesieur sont les médecins à qui l'on doit la découverte de la méthode endermique (2), seulement entrevue avant eux. Depuis cette découverte, tous les praticiens ont eu recours à ce mode d'administration avec d'incontestables avantages.

Lorsqu'on désire appliquer ce procédé thérapique, on sait qu'il faut commencer par opérer la dénudation du derme. Pour y parvenir, on se sert de différents moyens, dont les uns déterminent une prompte vésication ; d'autres, un soulèvement beaucoup moins rapide de l'épiderme. Parmi les premiers se rangent le calorique (alcool et éther enflammés, eau à 70° et au-dessus, marteau de Mayor à 60°, calorique rayonnant), — et certaines substances douées de pro-

(1) Valleix considère ce dernier mode d'action comme douteux : il attribue *toute* l'efficacité de la méthode endermique à la révulsion cutanée. Cette allégation, qui n'a pas besoin d'être réfutée, montre à quelles aberrations un esprit distingué peut se laisser entraîner dans l'appréciation des faits par le désir de faire prévaloir une opinion personnelle.

(2) Cette dénomination nous semble tout à fait impropre : celle de *sous-épidermique* ou de *sus-dermique* lui conviendrait mieux. Le mot endermique serait réservé, par contre, pour la méthode hypodermique, car cette dernière qualification donne également une notion erronée de la méthode.

priétés irritantes (huile essentielle de moutarde, ammoniaque). Les seconds sont les cantharides et le garou.

De tous ces agents épispastiques, l'*ammoniaque* et les *cantharides* sont à peu près seules employées, parce qu'elles sont moins effrayantes, et que leur action est, — pour la première, facilement graduée; — pour la seconde, presque toujours renfermée dans des limites convenables. M. Trousseau fait le plus souvent usage de l'ammoniaque, et réserve particulièrement les cantharides pour le traitement de la sciatique. Nous croyons cependant qu'en dehors des cas où les douleurs seront assez intolérables pour réclamer un traitement immédiat, la vésication par l'emplâtre de cantharides devra être préférée à la vésication ammoniacale, à cause de la simplicité de son application, et surtout de l'avantage qu'elle a de ne jamais entraîner une irritation trop vive du derme. Cette inflammation, qui se produit au contraire assez facilement par le contact de l'ammoniaque, lorsqu'on ne surveille pas avec grand soin l'action de cette substance, oppose un obstacle réel à l'absorption.

La vésication par les cantharides s'obtient le plus communément, comme tout le monde le sait, par la simple application sur la peau d'un morceau d'emplâtre de cantharides, maintenu, pour plus de sûreté, par des bandelettes de diachylon gommeux.

La vésication par l'ammoniaque n'est pas tout à fait aussi simple. Différents moyens plus ou moins ingénieux ont été imaginés pour en rendre la pratique plus facile; celui que nous préférons est la pommade ammoniacale de Gondret bien préparée qu'on applique sur la peau et qu'on recouvre d'un verre ordinaire, d'un verre de montre, ou d'une cupule de ferblanc; on doit enlever, comme le recommande M. Trousseau, la préparation ammoniacale lorsqu'on voit une aréole rouge se former autour d'elle, car cette rougeur est un signe que la phlyctène est formée. Ce résultat est obtenu au bout de 5, 10 ou 15 minutes.

M. le docteur Naudin verse de l'ammoniaque liquide dans la cloche dont il se sert (verre ou cupule), et en ferme l'orifice avec une carte à jouer, puis il renverse l'appareil sur la peau, et soustrait la carte. Ce procédé nous paraît simple et rapide.

Quoi qu'il en soit, quel que soit le mode de vésication dont on se serve, nous croyons qu'il est utile de produire le décollement de l'épiderme dans une assez grande étendue, afin d'augmenter la surface d'absorption, et de diminuer, en étendant le sel de morphine sur une plus large surface, l'irritation qui résulte de son contact avec le derme.

Quant aux lieux d'élection des vésicatoires, Valleix conseille de les poser au niveau du point douloureux, MM. Trousseau et Pidoux trouvent préférable, au contraire, de choisir sur le trajet du nerf le point le plus rapproché de son origine; outre que cette seconde manière de faire est plus en accord avec les idées que nous avons émises à propos des sources de la douleur névralgique,

elle nous a semblé, en pratique, beaucoup plus avantageuse que la première.

La vésication une fois obtenue, la pratique la plus ordinaire est d'enlever l'épiderme et de saupoudrer la surface dénudée avec le sel narcotique incorporé à une poudre inerte et soluble. Cette façon de procéder nous paraît défectueuse; si l'on veut obtenir une absorption rapide et complète, il importe de ne pas enlever l'épiderme, mais d'y pratiquer seulement une petite incision par laquelle on fait pénétrer, en l'insufflant à l'aide d'une plume, par exemple, la poudre médicamenteuse : on évite ainsi au malade la douleur que cause le contact de l'air avec le derme mis à nu, et l'irritation que ce même contact un peu prolongé amène presque inévitablement.

Toutes les fois que nous avons eu recours à cette pratique, nous en avons retiré de notables avantages; elle a cependant un inconvénient : c'est qu'il devient impossible d'enlever l'exsudat plastique qui se forme sur toutes les surfaces vésicatoriées, et dont la présence s'oppose à l'absorption de la morphine. Mais on peut facilement parer à cet inconvénient par l'application d'un nouveau vésicatoire dans le même point ou dans un point voisin du premier. D'ailleurs, dans le procédé ordinaire lui-même, on est souvent contraint d'avoir recours, chez les individus très-lymphatiques, à cette espèce de vésication nomade.

Soit qu'on enlève l'épiderme, soit qu'on laisse la phlyctène à peu près intacte, il n'y a plus, après avoir appliqué sur le derme la poudre médicamenteuse, qu'à recouvrir la partie d'une rondelle de taffetas ciré ou de tout autre tissu non adhésif et imperméable, — et celle-ci d'une rondelle plus grande d'un emplâtre agglutinatif.

Comme l'absorption de la morphine se fait avec rapidité et que la durée de son action ne dépasse guère un jour, il est bon de renouveler l'application matin et soir.

On sait que la morphine, administrée par la voie endermique, ne produit pas les mêmes effets physiologiques que lorsqu'elle est donnée à l'intérieur : ces effets sont plus énergiques et suivent de plus près l'application du médicament. Mais les expériences de M. Trousseau nous ont appris que si ces accidents se développent plus vite, ils sont, en revanche, moins persistants, ce qui permet un usage plus prolongé du remède.

Il a été également reconnu que son action thérapeutique était beaucoup plus marquée; on se rend compte assez facilement de cette dernière différence, si l'on songe que la morphine, avant d'aller diminuer la réceptivité du cerveau, a déjà communiqué directement au nerf malade une impression dont l'effet subjectif est l'atténuation de la douleur. Il serait même intéressant de mesurer le degré de cette impression locale. Nous ne sachions pas que cette recherche ait été faite jusqu'à présent : elle n'est cependant pas entourée, à notre avis, de difficultés insurmontables. On pourrait assez facilement obtenir à ce sujet un

résultat approximatif en introduisant *successivement* sur le point douloureux, puis sur un autre point de l'enveloppe tégumentaire éloigné du premier, le même narcotique, à la même dose, par une surface d'absorption de la même étendue, en ayant soin d'attendre, pour la deuxième application, que l'effet de la première soit bien épuisé; puis en observant avec attention les changements produits dans la marche ou l'intensité de la douleur dans l'un et l'autre cas. Leur comparaison indiquerait sans conteste une différence en faveur de la première application, et cette différence ne serait autre chose que le produit sans mélange de l'action localisée du médicament.

A cette influence locale, il faut encore ajouter l'intensité plus grande des effets généraux eux-mêmes, car le derme dénudé est un excellent absorbant pour les matières qui ne sont pas trop irritantes, et ensuite le médicament pénètre par là dans le torrent circulatoire sans avoir subi la moindre altération dans sa composition chimique.

En raison de ces nombreux avantages, l'administration de la morphine par la voie endermique a conquis un rang très-élevé dans la thérapeutique des névralgies.

Indications. — C'est surtout dans le cas de névralgie fixe et superficielle qu'on lui devra les plus brillants succès.

Contre-indications. — Ses contre-indications sont peu nombreuses. Cependant la douleur aiguë, mais heureusement passagère, qu'occasionne le contact du sel de morphine avec le derme mis à nu peut l'empêcher d'être acceptée par des personnes d'une sensibilité excessive; il sera difficile aussi de faire consentir une jeune fille ou une jeune dame à l'application d'un vésicatoire sur un point du visage, même dans les névralgies les plus rebelles et les plus douloureuses.

Le siége étendu ou profond de la névralgie, la fugacité ou la mutabilité de la douleur affaibliront également l'opportunité de la méthode endermique.

Mais la thérapeutique médicale est assez riche à l'heure qu'il est pour permettre de combler la lacune que nous venons de signaler. Dans les cas, en effet, où la méthode endermique perdrait ses avantages, il est une autre voie par laquelle on peut faire pénétrer dans l'économie, par le point malade et pour ainsi dire d'une façon instantanée, le sel narcotique dont on a fait choix : cette voie est l'épaisseur même du derme, et les auteurs qui ont érigé cette pratique en méthode lui ont imposé le nom de méthode *hypodermique*.

Méthode hypodermique. — M. le docteur Lafargue (de Saint-Émilion) (1) est le premier médecin qui ait eu l'idée de pratiquer une espèce d'inoculation médicamenteuse en introduisant des substances très-actives dans le tissu du derme, à l'aide d'une lancette à vaccin. En 1853, M. Wood, en Angleterre, perfectionna ce mode d'administration en remplaçant la lancette par la seringue

(1) *Bulletin de thérapeutique*; t. 33; ann. 1847.

de Fergusson, avec laquelle il injecta des teintures narcotiques. Un médecin français, M. Béhier, reprit en 1859 le procédé du docteur Wood, et le soumit à une sérieuse expérimentation. M. Becquerel, M. Hérard, M. Courty, et beaucoup d'autres après eux, ont tenté ce nouveau moyen avec le plus grand succès, et la pratique de chaque jour a depuis confirmé les résultats obtenus par ces différents praticiens.

Les *avantages* qu'on doit reconnaître à ce procédé sur les autres méthodes, et en particulier sur celle de M. Lembert, sont les suivants : 1° introduction extemporanée du médicament, laquelle permet de poursuivre le mal dans ses différentes localisations ; 2° faculté de pénétrer dans un point très-rapproché, et jusque sur le siège même du mal ; 3° possibilité de l'appliquer sur un point quelconque de l'enveloppe cutanée, et même sur certaines muqueuses ; 4° dosage plus facile et plus exact ; 5° activité plus grande (Béhier, Courty) que dans tout autre mode d'administration.

Les seuls *inconvénients* particuliers à cette méthode sont : 1° la nécessité d'un appareil instrumental, appareil qui ne peut être manié que par le médecin lui-même ; 2° l'apparence toujours effrayante d'une opération ; 3° la sensation assez vive que cause la piqûre, et la tension douloureuse produite par le liquide injecté ; 4° enfin, la difficulté quelquefois insurmontable qu'on éprouve à pratiquer l'injection dans un tissu trop dense.

Indications et contre-indications. — L'énumération comparative des avantages et des inconvénients de la méthode hypodermique rend inutile l'exposé de ses indications et de ses contre-indications : car celles-ci découlent immédiatement de ceux-là.

Mode d'administration (manuel opératoire) et doses. — Nous ne dirons que quelques mots du manuel opératoire bien connu, et peu compliqué d'ailleurs, suivant lequel on procède aux injections sous-cutanées.

Le meilleur modèle de la seringue de M. Béhier, qui est elle-même une modification de celle de Pravaz, se compose d'un corps de seringue ayant pour canule une aiguille creuse en argent, et d'un petit trocart capillaire. Celui-ci est d'abord enfoncé dans les tissus à une profondeur variable au niveau des points douloureux ou vers la racine du nerf, puis le poinçon est retiré et remplacé par la canule de la seringue à demi remplie de liquide. On tourne alors le piston, qui, à chaque tour de vis, chemine d'une manière constante. Chaque demi-tour fait sortir par l'extrémité de la canule une goutte de liquide médicamenteux titré, c'est-à-dire à peu près 5 centigrammes.

Il est essentiel de concentrer et de bien titrer la solution, afin de n'injecter qu'une quantité peu considérable de liquide, et une dose exactement déterminée du sel médicamenteux. Nous recommandons aussi d'éviter l'introduction de l'air et d'injecter lentement.

M. le docteur Bourguignon a imaginé, il y a seulement quelques années, un

appareil plus simple et moins coûteux : c'est une seringue en verre gradué, et dont le corps est entouré à son extrémité par une gaîne en caoutchouc faisant l'office de piston. Cette graduation existe aussi sur le corps en verre de certaines seringues de Pravaz.

Enfin, M. Lafargue (de Saint-Émilion) (1) dont les travaux ont ouvert la voie à toutes ces recherches, a fait connaître récemment un procédé ingénieux qui permet d'introduire dans le tissu cellulaire sous-cutané les sels de strychnine, de morphine et d'atropine, sans qu'il soit nécessaire d'employer pour cela la seringue de Pravaz. Il fait d'une aiguille une espèce de poinçon de trocart, et, d'un autre côté, il forme une masse de consistance pilulaire, en mêlant intimement du mucilage de gomme arabique, du sucre blanc pulvérisé, et une quantité donnée du sel qu'il veut administrer; il donne à cette masse une forme cylindrique, et la divise ensuite en un nombre déterminé de petits cylindres, dont le diamètre doit être inférieur à celui de l'aiguille. Après avoir fait avec l'aiguille une ponction de 6 à 7 centimètres de profondeur, il retire l'aiguille et enfonce rapidement à sa place un des petits cylindres dans lesquels il entre une quantité connue du sel médicamenteux; on le maintient à l'aide d'un corps adhésif qu'on applique sur l'ouverture externe de la plaie.

Les inconvénients que comporte le maniement des appareils de Pravaz, de M. Béhier ou de M. Bourguignon, sont évités par le procédé à la fois simple et rigoureux de M. Lafargue.

Ce procédé lui-même pourrait être regardé comme le perfectionnement d'un moyen plus simple et plus expéditif encore que tous les précédents, mais en revanche, beaucoup moins précis et beaucoup plus douloureux. M. Trousseau (2), qui l'a imaginé, pratique une incision profonde intéresssant toute l'épaisseur du derme, et introduit dans le fond de l'incision un bol composé de substances narcotiques associées à des poudres inertes. Ce mode d'administration qui ne peut entrer, on le conçoit aisément, dans la pratique usuelle, a paru à son auteur le plus constamment utile dans le traitement des névralgies; on comprend qu'il soit efficace, car il réunit aux avantages qu'on retire de l'absorption du médicament, l'effet énergique d'un cautère.

Les *quantités* de médicament qu'on peut introduire par ces divers procédés sont un peu plus faibles que par la voie endermique. M. Bourguignon fixe, pour le traitement des névralgies, la dose minimum de sulfate de morphine à un centigramme, il l'a portée jusqu'à 4 et même 5 centigrammes.

Quoique nous ayons étudié la méthode hypodermique à propos de la mor-

(1) *Écho médical*, N° du 10 avril 1861. Inoculation hypodermique par enchevillement, des sulfates d'atropine, du chlorhydrate de morphine dans le traitement des névralgies, etc.

(2) Trousseau et Pidoux. *Traité de thérapeutique et de matière médicale*. Paris, 1858, 6e édit, t. II, p. 60

phine, ce n'est pourtant pas l'alcaloïde le plus fréquemment injecté pour combattre les névralgies. C'est le sulfate d'atropine auquel M. Béhier et M. Courty, se fondant sur des recherches comparatives, reconnaissent la plus grande efficacité, et c'est ce dernier sel que la plupart des praticiens ont, à leur exemple, définitivement adopté.

M. Scanzoni (1) aurait cependant obtenu, avec le *méconate de morphine* en injections sous-cutanées, des avantages assez marqués pour qu'il soit l'objet de nouvelles expériences. La récente découverte des propriétés calmantes de la *narcéine* la désigne également à l'expérimentation médicale.

L'*usage externe* de l'opium se réduit à la méthode iatraleptique ancienne, et nous croyons que dans la presque totalité des cas, il est plus avantageux d'avoir recours au traitement général ou à l'une des méthodes que nous venons d'exposer. C'est seulement lorsqu'il existera pour celles-ci une contre-indication absolue, que nous croyons utile de prescrire des frictions très-légères, mais prolongées, avec de l'extrait gommeux d'opium dissous dans un peu d'eau ou de salive, et maintenu dans cet état de solution par des compresses imbibées d'eau tiède ; ou bien l'on pratiquera des onctions avec une pommade opiacée, ou ce qui est préférable, avec un glycérolé de morphine (glycérine, 30 grammes ; hydrochlorate de morphine, 10 centigrammes).

Dans les cas où une muqueuse correspondant aux points douloureux pourra être atteinte directement par une préparation opiacée, on frictionnera la muqueuse avec de l'extrait thébaïque ou une solution concentrée de morphine. M. Trousseau a ainsi obtenu la guérison d'odontalgies très-rebelles et très-douloureuses. On doit naturellement recommander au malade de s'abstenir avec soin d'avaler le médicament.

Belladone. — Nous étudierons successivement, comme pour l'opium, son usage interne et son usage local dans le traitement des névralgies cérébro-spinales idiopathiques. Que le traitement soit général ou local, le mode d'administration est à peu près le même que pour la médication thébaïque : il ne restera donc plus guère qu'à examiner pour ces deux traitements, le mode d'action de la belladone, ainsi que les indications, les contre-indications et les doses de ses diverses préparations.

Traitement général.

Mode d'action thérapeutique (2). — On avait d'abord fait de la belladone un narcotique; mais après s'être convaincu que la belladone n'était nullement un somnifère, on a remplacé, afin de pouvoir conserver la belladone dans le

(1) *Bulletin de thérapeutique*. 1860.

(2) L'étude du mode d'action thérapeutique est pour nous la recherche des propriétés en vertu desquelles le médicament soulage ou guérit.

groupe naturel dont elle faisait partie, la dénomination de narcotique par celle un peu plus large de *stupéfiant*. Mais cette propriété stupéfiante elle-même ne se révèle que dans le degré le plus élevé de l'intoxication atropique. Toutes les fois, en effet, que nous avons été à même d'observer, soit dans les hôpitaux, soit dans notre pratique, des cas où la belladone avait été prise en grande quantité, nous n'avons guère vu se produire que des phénomènes d'excitation cérébrale : délire loquace, hallucinations, éclat du regard, agitation désordonnée et continuelle. La mydriase elle-même qu'on observe presque constamment n'est peut-être qu'un phénomène dû à l'excitation des fibres musculaires radiées de l'iris, comme les mouvements péristaltiques que la belladone provoque dans l'intestin sont le résultat de la contraction du plan musculeux de cet organe.

Les phénomènes physiologiques de la belladone sont donc loin de faire prévoir ses effets thérapeutiques.

Cette remarque n'est pas sans importance pour nous, car elle vient confirmer les idées que nous avons émises au commencement de ce travail sur la distinction qu'il convient d'établir entre la douleur et l'exaltation de la sensibilité : la belladone paraît tout à la fois exciter la sensibilité nerveuse et calmer la douleur.

Ce désaccord, que nous aurons encore l'occasion d'observer à propos des autres médications antinévralgiques, apporte aussi un argument à l'appui de notre manière de voir sur un autre sujet, à savoir sur le rapport à établir entre les effets physiologiques et les résultats thérapeutiques des stupéfiants. Les médicaments, avons-nous dit, peuvent ressortir, indépendamment de leurs effets physiologiques, et même en l'absence de ces derniers, tous leurs effets curatifs ; l'action de la belladone, dont les effets physiologiques sont en opposition avec leur vertu curative, vient se ranger à côté de l'opium pour établir cette absence de solidarité (1).

Si sous ce rapport la belladone se rapproche de l'opium, d'un autre côté, elle s'en écarte par la façon dont elle semble procéder pour *calmer la douleur*. C'est surtout lorsque celle-ci existe sans cause appréciable, lorsqu'elle prend sa source dans une altération purement fonctionnelle des nerfs, lorsque la douleur, en un mot, constitue tout le mal, c'est alors surtout que la belladone triomphe. L'opium, lui, réussit presque aussi bien dans les cas de douleurs symptomatiques que de douleurs essentielles, mais aussi, dans ces dernières, son efficacité nous paraît être inférieure à celle de la belladone.

(1) M. le professeur Clarus, de Leipzig, pense également que l'étude des effets physiologiques des médicaments reste sans fruit lorsqu'elle ne vient pas éclaircir ou confirmer des résultats thérapeutiques déjà connus ; pour lui, l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain ne peut que rarement aider à en établir les effets thérapeutiques, lorsque ceux-ci n'ont pas été constatés d'avance. (*Action physiologique et thérapeutique de la solanine et de la douce-amère*, in *Reil's und Hoppe's journal für pharmacodynamik, etc.* — *Annuaire de thérapeutique de Bouchardat, pour* 1859.)

Il semble donc que cette dernière guérit la douleur sur place, tandis que les préparations thébaïques ne font qu'agir sur le *sensorium commune* en affaiblissant ou anéantissant ses facultés perceptives.

Il n'est pas besoin, croyons-nous, de chercher ailleurs l'explication de ce fait signalé entre autres par deux observateurs, MM. Trousseau et Pidoux : à savoir que l'opium triomphe plus facilement des douleurs internes, tandis que les douleurs externes cèdent plus aisément à l'emploi des solanées vireuses.

Indications. — Quoiqu'il en soit de notre explication, les préparations atropiques sont, en fait, particulièrement indiquées dans les névralgies idiopathiques(1), et surtout dans celles qui occupent des nerfs placés superficiellement : telles sont les névralgies faciales, et spécialement celles des rameaux sus-orbitaires; les névralgies temporales céderont également avec assez de facilité, mais les névralgies sous-orbitaires et dentaires résisteront davantage; parce que le traitement local, à raison de la situation profonde des filets nerveux, sera nécessairement moins actif. Dans ces cas cependant, il est encore un moyen d'atteindre le mal, c'est de porter le remède sur la muqueuse même de la bouche au niveau des points malades : l'action topique du médicament reprend alors sa vertu curative, et la douleur disparaît.

Mais la belladone n'est pas seulement dolorifuge : elle est en outre et surtout *antispasmodique*. Les névralgies où le spasme est le compagnon pour ainsi dire inséparable de la douleur seront donc plus particulièrement justiciables de la belladone, parce qu'elle aura l'occasion de mettre en jeu sa double propriété; c'est ainsi que la belladone, prise à l'intérieur, a donné dans le traitement des tics douloureux de la face les plus brillants succès.

Contre-indications. — Les troubles de la vue, qui arrivent très-promptement, même après l'injection de petites doses de belladone, et la susceptibilité particulière de certains malades sont à peu près les seules circonstances qui puissent s'opposer à son emploi. Et encore, en graduant convenablement les doses, on peut parvenir à éloigner ces inconvénients, tout en conservant à la belladone la plus grande partie de son efficacité.

Doses. — Comme l'opium, mais pourtant à un moindre degré, les préparations de belladone peuvent être portées progressivement à des doses considérables, sans produire d'accidents sérieux.

La préparation qui nous semble préférable à toutes les autres est l'*extrait hydro-alcoolique avec poudre* (2).

(1) M. Courty a remarqué que les injections sous-cutanées guérissaient plus facilement les névralgies essentielles, puis rhumatismales, que les névralgies sympathiques ou symptomatiques, et nous ferons observer que ce médecin s'est servi presque exclusivement de solutions atropiques.

(2) Ce mélange offre sur l'extrait hydro-alcoolique pur l'avantage d'être plus actif, et surtout beaucoup moins altérable ; il ne moisit pas, ne fermente pas, et l'on n'y constate jamais la formation des cristaux sodiques qu'on observe dans les autres extraits vireux.

Nous le prescrivons à la dose de 10 centigrammes, on peut aller graduelle- jusqu'à 40 et même 50 centigrammes.

La poudre de racine ou de feuilles, moins employée, se donne à la dose de 10 centigrammes. La teinture entre dans les potions à la dose de 50 centigrammes à plusieurs grammes. Le sirop se prescrit de la même façon à la dose de 16 à 32 grammes. La teinture éthérée, assez avantageuse, se donne dans les mêmes proportions que la teinture alcoolique.

L'alcaloïde de la belladone, l'*atropine* s'emploie à l'état basique ou à l'état salin. La dose journalière de l'atropine, est, d'après M. Bouchardat, de 1 1/2 à 3 milligrammes; les expériences de M. Lusanna ont montré qu'on pouvait avoir recours sans danger à des doses plus élevées.

On donne le sulfate d'atropine aux mêmes doses.

Le valérianate d'atropine, découvert par M. Michéa, pourrait être employé avec avantage contre les névralgies, quoique ce médecin ne l'ait encore opposé qu'aux affections convulsives. Sa dose est de 1/2 à 1 milligramme.

L'hydrochlorate d'atropine est rarement employé à l'intérieur.

Mode d'administration. — Nous prescrivons habituellement, pour l'usage interne, des pilules d'extrait avec poudre, ou bien le sulfate d'atropine incorporé à une poudre inerte ou aromatique.

MM. Trousseau et Pidoux conseillent avec raison de faire préparer des pilules contenant une petite quantité de principes atropiques (1 centigramme d'extrait, par exemple), et d'en donner une toutes les heures, jusqu'à disparition complète de la douleur, ou jusqu'à ce qu'il se produise des vertiges : l'apparition de ceux-ci est un signe indiquant qu'il faut écarter les doses, ou même cesser l'usage du médicament.

A côté du traitement général proprement dit, figurent encore ici les méthodes dont nous avons exposé, à propos de l'opium, le mode d'action, les avantages et les inconvénients. Ici, plus que partout ailleurs, ces divers traitements, qu'on pourrait appeler *mixtes*, parce qu'ils participent à la fois du traitement général et du traitement local, ont été multipliés. Nous allons les signaler successivement.

1° M. Trousseau a appliqué sur le derme dénudé de l'extrait de belladone (10 à 30 centigrammes). Mais ce moyen, qui peut être efficace, est extrêmement douloureux, et nous avons pu nous assurer qu'en diminuant le contact du médicament irritant par le procédé qu'indique le même auteur, nous perdions en même temps presque tout le bénéfice de son application.

2° L'atropine se prête mieux à la méthode endermique : cependant, elle a été employée de cette façon beaucoup moins fréquemment que la morphine; cela tient peut-être à l'extrême vivacité des douleurs que produit l'atropine sur le derme mis à nu.

3° Mais, en revanche, les solutions atropiques ont été préférées par M. Béhier à tout autre alcaloïde pour les injections sous-cutanées. L'atropine étant peu

soluble, M. Béhier s'est servi, dès le principe, de sulfate d'atropine; mais il nous semble que l'hydrochlorate, qu'on pourrait préparer extemporanément, serait plus avantageux parce qu'il est également soluble, et, qu'à poids égal, il est plus actif que le sulfate.

Ce sont ces injections hypodermiques au sulfate ou à l'hydrochlorate d'atropine que nous recommandons dans les névralgies cérébro-spinales idiopathiques rebelles, de préférence aux autres modes d'administration, car elles ont donné dans les névralgies les plus tenaces, sinon des guérisons complètes, au moins des améliorations notables et très-rapidement obtenues.

4° Des médecins ont imaginé d'injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané, un mélange de deux solutions : l'une à l'atropine, l'autre à la morphine, dans le but de neutraliser les accidents physiologiques, et d'obtenir ainsi des effets thérapeutiques plus marqués. D'autres, au lieu, de les mêler, les ont introduits successivement en observant leurs effets respectifs, et graduant en conséquence la dose de l'un ou de l'autre. Mais ce mode d'administration ne met pas toujours le malade à l'abri des accidents toxiques, pas plus que le mélange des deux extraits prescrits dans le même but à l'intérieur.

5° L'extrait de belladone, comme l'extrait d'opium, a été appliqué au traitement de la sciatique par M. Trousseau. Nous avons indiqué déjà, à propos de l'opium, le procédé douloureux auquel il a eu recours; nous n'avons pas à revenir ici sur l'appréciation que nous en avons déjà faite.

Traitement local.

Modes d'application et doses. — Le *mode d'application* le plus simple, et qui n'est pas le moins efficace, est celui qui consiste à pratiquer au niveau de la partie douloureuse, des frictions légères, mais prolongées, sur la peau encore recouverte de son épiderme; ces frictions se font avec une pâte formée d'extrait hydroalcoolique de belladone délayé dans quelques gouttes d'eau; on humecte l'extrait au fur et à mesure qu'il se dessèche, et, après la friction, on recouvre la partie de compresses qu'on a soin de maintenir humides. Les applications sont répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés suivant la distance plus ou moins grande des paroxysmes.

C'est là la pratique adoptée par M. Trousseau.

Le même auteur a préconisé, dans ces derniers temps, le *glycérolé d'amidon* comme le meilleur excipient de la belladone, car il ne s'oppose pas autant qu'un corps gras, à l'absorption tégumentaire. A défaut de cette préparation, on peut avoir recours à des pommades (4 à 8 grammes pour 30 d'axonge, avec addition d'un peu d'huile), où bien à l'huile de belladone en onctions.

Ces divers modes d'application sont ceux qu'on met habituellement en usage quand la névralgie siège dans des points facilement accessibles, on n'occupe pas des parties découvertes comme le visage. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, on

aura recours dans le premier cas (névralgie du cuir chevelu, par exemple), à une forte décoction de feuilles ou de racine de belladone (50 grammes pour 1 kilogramme d'eau), ou à la teinture plus ou moins étendue; dans le second cas, à des onctions pratiquées avec de l'atropine incorporée à l'axonge : 25 centigrammes d'atropine pour 12 grammes d'axonge (Brookes), ou à des fomentations faites avec une solution de sulfate d'atropine dans la glycérine ou dans l'eau (mêmes proportions).

Les préparations que nous venons d'indiquer, à part celles d'atropine, peuvent s'appliquer aussi sur les muqueuses, dans des cas de névralgie dentaire, par exemple.

Mode d'action thérapeutique. — On doit supposer, pour expliquer les résultats thérapeutiques de ces applications externes, — qu'une légère quantité du médicament pénètre à travers l'épiderme, — qu'une partie du médicament ainsi absorbé est entraînée dans le torrent circulatoire et va produire, quand les applications sont trop étendues ou trop répétées, des accidents généraux, — que l'autre reste, un certain temps au moins, dans les tissus sous-épidermiques et constitue, dans les cas ordinaires, la portion la plus active des principes absorbés.

Stramoine. — *Indications.* — La stramoine et la jusquiame n'ont pas, à l'égard des névralgies, une action bien différente de celle de la belladone. Cependant, nous aurons quelques mots à dire du datura stramonium, que son activité plus grande fera choisir, de préférence à la belladone elle-même, dans les cas où l'application *topique* d'une solanée vireuse sera jugée opportune.

Son efficacité sera à peu près égale à celle des préparations atropiques dans les névralgies de la face, du cuir chevelu et du cou; mais elle l'emportera de beaucoup dans les névralgies sciatiques, par exemple, où la profondeur du nerf dépouille de toute action les applications cutanées d'un extrait vireux médiocrement énergique. Les expériences faites par MM. Trousseau et Pidoux (1) sur le traitement des névralgies par le datura stramonium ont fait ressortir l'exactitude et l'importance de cette distinction.

Mode d'administration et doses. — On a donné la stramoine dans le tic douloureux de la face à doses élevées, très-rapprochées, et progressivement croissantes : de 15 milligrammes à 10 centigrammes d'extrait toutes les trois ou quatre heures (2), ou 3 ou 5 gouttes de teinture aux mêmes intervalles (3).

A l'extérieur, dans les névralgies faciales et sciatiques, Kirchoff (4) employait

(1) *Op. cit.* t. II, p. 85.

(2) James Begbie. *Transactions of the medico-surgical Society of Edinburgh*, t. I, p. 285.

(3) Lentin. *Journal de Hufeland*, t. IX.

(4) Kirchoff. *Archives générales de médecine*, t. XIV, p. 575.

la teinture en frictions sur la partie douloureuse. MM. Trousseau et Pidoux (1) font appliquer, suivant les cas, la teinture comme ci-dessus, ou des compresses imbibées d'une décoction très-concentrée (30 grammes de feuilles pour 500 grammes d'eau), ou bien un emplâtre de stramoine additionné d'hydrochlorate de morphine, ou bien enfin une pommade composée de parties égales d'axonge et d'extrait alcoolique.

Quant à l'application de l'extrait sur le derme dénudé, elle est trop douloureuse pour être fréquemment employée.

Il est important, pour consolider le succès, de continuer l'usage du médicament assez longtemps après que la douleur a disparu.

Jusquiame. — M. le docteur Martin Lauzer (2) a, dans ces derniers temps, cherché à indiquer les propriétés qui distinguent la jusquiame des autres solanées vireuses. Il a observé qu'elle produisait un effet narcotique au lieu du délire gai et loquace de la belladone, que son action sur les sphincters était beaucoup plus faible, que son principe vireux était beaucoup plus volatil, etc.

Des tics douloureux de la face auraient été guéris par la jusquiame à l'intérieur; mais son usage externe est le plus répandu.

Wendt, Cazin, MM. Trousseau et Pidoux, ont guéri des névralgies par l'application sur la peau de feuilles de jusquiame fraîches et broyées. Les derniers auteurs rapportent (3) que Troubine a employé avec succès contre l'odontalgie, les vapeurs de la décoction des feuilles de cette plante (Voïenno; *Meditsinski journal*, t. VII, N° 1). Elle forme un des principaux éléments des pilules de Méglin.

Les doses sont les suivantes :

Suc : 1 à 4 grammes progressivement.

Infusion : 2 à 3 grammes pour 200 grammes de véhicule.

Extrait aqueux : depuis 5 centigrammes jusqu'à 1 gramme.

Pour l'usage externe, on a la décoction de feuilles, la pommade et l'huile qu'on formule de la même manière que les préparations correspondantes de belladone.

Ciguë. — La ciguë n'est que rarement employée dans le traitement des névralgies. Cependant Chaussier, Duméril, et M. Guersant l'ont prescrit avec succès contre ces affections (4).

La *conicine* en applications locales, serait très-efficace contre l'odontalgie, mais l'activité de cette substance rend son emploi très-dangereux.

(1) *Loc. citat.*
(2) *Presse médicale belge*, N° 17, 10 avril 1864.
(3) *Op. cit.*, t. I, p. 97.
(4) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. V, p. 212.

Haschisch. — L'action physiologique de cette substance, qui ressemble assez à celle de la belladone, devait la faire essayer contre les névralgies.

M. Hubbarel l'a administré dans certains cas, et dit en avoir obtenu quelque succès (1).

M. Corrigan (2) a guéri avec la teinture de haschisch un tic douloureux; il a employé cette teinture à la dose de 8 à 30 gouttes (3).

Le haschisch est un extrait du *cannabis indica,* lequel n'est autre chose que notre *cannabis sativa* modifié par le climat de l'Inde. L'extrait gras se donne à la dose de 5 à 10 grammes; mais la meilleure préparation du chanvre serait une solution de 15 milligrammes d'extrait dans 2 gouttes d'huile éthérée, prise sur un morceau de sucre ou dans une mixture. On peut incorporer cette solution à l'axonge pour l'usage externe (Inglis).

L'haschischine (Gastinel), qui n'est qu'un extrait rectifié et concentré se donne à la dose de 5 à 10 centigrammes.

Aconit. — L'aconit est un médicament peut-être un peu trop oublié, et que l'homœopathie tend actuellement à remettre en honneur. « C'est, dit M. Guibert (4), un des plus utiles et des plus sûrs médicaments de la matière médicale. »

Quoique n'ayant pas la même activité que la belladone, elle peut cependant rendre des services signalés dans certains cas de névralgie. On peut, du reste, si l'on veut une substance plus active, avoir recours à son alcaloïde, l'*aconitine,* dont l'usage est déjà très-répandu.

M. le professeur Schroff, de Vienne (5), a soumis l'aconitine à de nombreuses expériences physiologiques et il a observé une espèce d'électivité de la part de cette substance pour les rameaux de la cinquième paire : elle développe dans ces nerfs des sensations qui sont le plus souvent douloureuses.

Cette action désignait la névralgie trifaciale à l'expérimentation clinique, laquelle a confirmé jusqu'à un certain point les présomptions qu'on avait fondées sur l'observation physiologique. Des névralgies de la cinquième paire ont en effet cédé à l'usage de l'aconitine. Le même alcaloïde, appliqué topiquement, a été opposé avec succès à diverses autres névralgies, par MM. Coulson, Roots, Scey et Brookes (6).

(1) O. Reveil. *Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles.* Paris, 2e édition, p. 499.

(2) V. Guibert. *Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments, introduits dans la thérapeutique depuis* 1830 *jusqu'à nos jours.* Bruxelles, 1860, p. 384.

(3) Nous avons eu la curiosité de prendre la teinture de haschisch afin d'en observer les effets physiologiques. Nous avons avalé jusqu'à 50 gouttes à plusieurs reprises, sans jamais en ressentir le moindre effet. La teinture que nous possédions était cependant fortement odorante, et précipitait par l'eau une grande quantité de résine.

(4) *Op. cit.,* page 421.

(5) *Union médicale,* juillet 1864.

(6) Guibert. *Op. cit.,* page 529.

Mode d'administration et doses. — *L'extrait alcoolique* et *l'alcoolature* sont à peu près les seules préparations actives.

L'extrait se donne à la dose de 3 centigrammes en pilules; on peut atteindre progressivement une dose beaucoup plus élevée. L'alcoolature se prescrit à la dose de 1 gramme et plus. La teinture alcoolique est active mais infidèle. Debout a conseillé l'usage d'une teinture faite avec la racine, et d'un extrait alcoolique préparé avec la même partie de la plante; il recommande aussi de ne prendre que l'aconit napel sauvage : on préviendrait ainsi la variabilité trop connue des préparations d'aconit, et par suite, l'inconstance de leurs effets.

La composition constante de l'*aconitine* et sa grande énergie devront la faire préférer, dans la plupart des cas, aux autres préparations aconitiques. Cet alcaloïde, obtenu par le procédé de Hottot, donne déjà à la dose de 1 milligramme des effets physiologiques et thérapeutiques. On doit rarement dépasser la dose de 2 milligrammes. A l'extérieur, on l'emploie en pommade ou en liniment. On l'incorpore à l'axonge en ajoutant un peu d'huile d'olive ou d'alcool rectifié, à la dose de 40 centigrammes à 1 gramme pour 30 grammes d'excipient (Turnbull, Brookes).

Delphine. — C'est l'alcaloïde du *delphinium staphysagria.* Le docteur Turnbull l'a employé dans certaines névralgies à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour ou en liniment (50 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes par 30 grammes de véhicule); c'est surtout contre le tic douloureux que cette médication a été dirigée.

M. Turnbull conseille d'alterner son emploi, ici comme pour les maladies des oreilles, avec celui de l'aconitine et de la vératrine.

Coca. — On donne ce nom aux feuilles de l'erythroxylon coca.

Son action physiologique se rapprochant de celle de l'opium et des antispasmodiques, ce médicament pourrait être essayé dans le traitement des névralgies; nous ne sachions pas pourtant qu'on ait tenté ce moyen.

La poudre de feuilles se donne à la dose de 4 à 16 grammes. L'extrait hydro-alcoolique, à celle de 25 à 50 centigrammes par jour.

Acide cyanhydrique. — L'acide cyanhydrique est le stupéfiant par excellence. Pris même en petite quantité, il enraie les fonctions cérébro-spinales; à haute dose, il anéantit rapidement ces fonctions, et détermine presque immédiatement la mort. C'est cette action stupéfiante qui l'a fait essayer dans les douleurs névralgiques.

On ne l'emploie guère *à l'intérieur* à cause de son effrayante activité; on se contente ordinairement de prescrire des préparations qui en contiennent une faible quantité, mais qui sont d'une composition variable, et par conséquent infidèles, parce qu'elles ne sont pas obtenues par l'incorporation directe de l'acide cyanhydrique : telle est l'eau de laurier-cerise.

Quand on peut surveiller l'administration du médicament, on prescrit l'acide cyanhydrique médicinal dans une potion, ou mieux le sirop d'acide cyanhydrique. La dose de l'acide hydrocyanique médicinal ne doit pas aller au delà de 15 à 20 gouttes.

A *l'extérieur*, l'acide prussique, offrant moins de danger, est plus souvent mis en usage. Cependant MM. Trousseau et Pidoux ne lui reconnaissent aucun avantage sur les solanées ou l'opium ; son action serait même moins marquée dans les névralgies faciales.

Dans le cas cependant où l'on voudrait y avoir recours, on se servirait d'un mélange de 4 à 8 grammes d'acide cyanhydrique pour 1 kilogramme d'eau distillée de laitue. Mais il est préférable de faire usage d'une solution de cyanure de potassium dans de l'eau (10 à 20 pour 100) : des fomentations ou des applications de ce liquide sont faites sur la partie malade.

Ce moyen a été essayé par MM. Trousseau et Pidoux contre diverses espèces de céphalalgies. Nous ne donnerons pas ici la relation de ces essais, car ils n'ont dirigé cette médication que contre des céphalalgies symptomatiques. Mais M. Lombard (de Genève) a opposé avec beaucoup de succès la solution de cyanure de potassium en topique aux névralgies de la face. MM. Trousseau et Pidoux lui reconnaissent une efficacité réelle dans les névralgies superficielles et récentes.

Les préparations cyaniques ne sont pas employées par la méthode endermique, à cause de leur action violemment irritante. MM. Trousseau et Pidoux disent pourtant avoir obtenu de cette médication des succès assez remarquables.

L'*eau de laurier-cerise* est d'un usage plus fréquent, mais d'une fidélité douteuse. On la donne à l'intérieur à la dose de 5 à 15 grammes. L'huile essentielle serait préférable, mais à cause sans doute de sa grande activité, on ne s'en sert que comme topique : on la prescrit le plus souvent alors en pommade (4 grammes d'huile essentielle pour 30 grammes d'axonge).

L'*essence d'amandes amères* ne s'emploie guère à l'état pur. On prescrit le plus souvent l'eau distillée à la dose de 1 à 10 grammes, ou l'on fait préparer extemporanément l'huile essentielle en triturant ensemble 4 grammes d'amandes douces et 4 grammes d'amandes amères, avec de l'eau et du sucre. Cette émulsion peut être prise en un jour.

Elle agit comme l'acide cyanhydrique.

Anesthésiques.

Les anesthésiques diminuent ou anéantissent la sensibilité. Ils sont propres à faire disparaître aussi la douleur de la manière la plus complète.

Mais à côté de cet *avantage* réel, qui semblerait devoir faire des anesthésiques un spécifique incomparable contre la douleur, il est une circonstance destinée à leur ôter la plus grande partie de leur valeur, pour ce qui regarde

leur application au traitememt des névralgies : c'est la fugacité de leur action. D'un autre côté, de faibles quantités sont insuffisantes pour calmer la souffrance. Il en résulte que pour obtenir une rémission notable dans la douleur, il faut élever les doses ou prolonger assez longtemps l'administration du médicament, et ce n'est pas sans danger qu'on introduit dans l'économie des agents doués d'une aussi grande énergie.

Ce sont, sans aucun doute, ces considérations qui ont fait prévaloir en général sur l'usage interne de ces médicaments (ingestion et inhalation), leurs applications topiques.

L'adoption de ce mode a donné lieu à son tour à des recherches dont nous parlerons tout à l'heure, et qui ont eu pour but de découvrir le meilleur anesthésique local.

Usage interne. — Ce que nous aurons à dire du traitement général se réduira à quelques lignes, car, si les anesthésiques donnent encore des résultats assez avantageux dans certaines viscéralgies, ils sont à peu près abandonnés dans le traitement interne des névralgies cérébro-spinales idiopathiques. On ne les administre guère que dans les cas où l'atrocité et la persistance des douleurs autorisent à plonger le malade dans le sommeil anesthésique, afin de lui procurer au moins un moment de repos; on a recours alors à l'*inhalation* des vapeurs anesthésiques, qui amènent beaucoup plus vite et beaucoup plus sûrement l'anéantissement de la sensibilité. Il n'est pas toujours nécessaire, au reste, de pousser jusqu'au sommeil ; l'engourdissement de la sensibilité peut, la plupart du temps, être obtenu sans priver le malade de toute perception intellectuelle.

C'est M. Honoré qui a tenté le premier ce moyen dans un cas de névralgie faciale intense et rebelle. Des médecins anglais, ainsi que M. J. Roux, de Toulon, et M. Barrier, de Lyon, ont suivi son exemple et ont eu, comme lui, à se louer de cette pratique.

M. Barrier recommande de faire inspirer l'anesthésique au moment même des accès.

Quant au choix de l'anesthésique, la plupart des médecins accordent la préférence au *chloroforme;* quelques-uns emploient un mélange de chloroforme et d'*éther sulfurique;* d'autres enfin ont conservé l'habitude de se servir de l'éther seul. Les autres préparations, telles que l'*amylène,* l'*aldéhyde,* l'*éther nitrique,* l'*éther chlorhydrique,* le *bisulfure de carbone,* ont été, après des essais comparatifs, trouvées inférieures à celles que nous venons de citer.

Le chloroforme pur doit la préférence dont il est l'objet à divers avantages qui lui sont propres : son degré de volatilité et son odeur aromatique en rendent l'inhalation agréable et commode; il agit à petite dose et avec beaucoup de rapidité; enfin, dans l'anesthésie chloroformique, la période d'excitation est à peu près supprimée.

Quant au danger que peut offrir son emploi, on a enregistré déjà dans la science des cas malheureux où le malade a succombé à la suite de l'éthérisation proprement dite, tandis que la chloroformisation n'a pas entraîné jusqu'ici autant de fâcheux résultats; le chloroforme, il est vrai, est d'un usage un peu plus récent, mais l'emploi presque universel qu'on en fait actuellement, non-seulement en Europe, mais encore et surtout en Amérique, plaide éloquemment en faveur de son innocuité.

Ce n'est toutefois qu'en se soumettant à certaines précautions, qu'on peut garantir le succès de la chloroformisation.

Il faut se procurer d'abord du chloroforme parfaitement pur, s'assurer au préalable que le sujet n'est porteur ni d'une affection de poitrine, ni d'une maladie du cœur, ni même d'une lésion organique cérébrale. Il doit être tout à fait à jeun; sa position doit être horizontale. On doit laisser pénétrer l'air en même temps que les vapeurs anesthésiques; il est convenable d'interrompre de temps en temps les inhalations; il faut surveiller avec le plus grand soin l'état du pouls et l'expression de la face; enfin, cesser aussitôt que le soulagement est arrivé, ou au moins modérer les inspirations de vapeurs chloroformiques afin de ne pas dépasser le degré d'anesthésie obtenu.

En terminant l'histoire de l'administration interne du chloroforme, nous devons faire mention de quelques substances susceptibles de provoquer une anesthésie locale, alors même que leurs propriétés physiques les empêchent d'être administrées sous forme d'inhalations pulmonaires : telles sont le *bromure de potassium* et l'*iodoforme*. Mais cette anesthésie ne portant, même lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur, que sur les muqueuses en contact avec le médicament ou sur certaines parties animées par le grand sympathique, ces composés ne rentrent que très-incomplètement dans le traitement général des névralgies encéphalo-rachidiennes.

Usage externe. — L'emploi local des anesthésiques a été particulièrement étudié par M. Aran. Ce médecin distingué, dont la science regrette encore la perte, s'est assuré d'abord que les anesthésiques regardés comme les plus propres à produire l'insensibilité par les inhalations pulmonaires, ne sont pas ceux qui amènent avec le plus de sûreté et de promptitude l'anesthésie locale. Il a posé en principe que plus la substance est volatile, moins son action anesthésique est prononcée; c'est ainsi que l'éther sulfurique est inférieur à beaucoup d'autres anesthésiques locaux.

Il s'agissait donc seulement de trouver un corps anesthésiant, doué d'une faible volatilité, pour découvrir le meilleur anesthésique local. Celui qui a paru à M. Aran remplir le mieux les conditions est l'*éther chlorhydrique chloré* (1).

(1) Cet éther n'est pas un composé bien défini; il renferme une série d'éthers dans lesquels des équivalents de chlore se substituent successivement à des équivalents d'hydrogène. L'éther chlorhydrique monochloré doit être employé de préférence aux autres, lorsqu'on peut l'obtenir isolé.

Mais, malgré cette découverte, la question de l'anesthésie locale n'est pas encore résolue. Son mode de production est en effet des plus complexes.

Si l'anesthésie locale était exclusivement le résultat de l'application des médicaments dits anesthésiques, tous les autres moyens devraient être abandonnés sans retour pour céder la place à l'éther chlorhydrique chloré. Mais il n'en est pas ainsi. L'anesthésie n'est pas renfermée dans ces étroites limites; elle peut être le résultat d'autres agents, et le praticien doit toujours l'accueillir, qu'elle soit directe ou qu'elle soit due à l'intervention d'un autre élément, que l'agent employé agisse, en un mot, par ses propriétés physiologiques ou par ses propriétés physico-chimiques.

L'éther sulfurique et le chloroforme, répudiés par M. Aran, sont encore employés chaque jour avec succès parce qu'on a vu, pour l'éther, que son extrême volatilité pourrait largement compenser par la réfrigération qu'elle produit la faiblesse de son action directement sédative, et que le chloroforme, au contraire donne lieu à une irritation superficielle de la peau, susceptible, dans certains cas, de venir en aide à ses facultés anesthésiques.

En thèse générale, ces actions sont en raison inverse l'une de l'autre, et c'est dans une juste répartition de ces propriétés opposées que consistera l'excellence de la méthode.

Les considérations que nous venons d'exposer sont venues sans doute plus d'une fois à l'esprit du praticien. Aussi trouvons-nous des médications dont la base est toujours un anesthésique, mais dont les procédés d'application et le mode d'action sont complétement différents. Il en est deux surtout qui semblent être la mise en pratique des indications qui ressortent de l'étude attentive de l'anesthésie locale.

La première, due à M. Guérard consiste dans des affusions répétées d'éther sulfurique (1) dont on active la vaporisation par un courant d'air sec dirigé sur la peau à l'aide d'un appareil ventilateur.

La seconde est celle que M. le docteur Dupuy (de Frenelle) (2) a fait connaître il y a quelques années, et dont nous donnerons un court aperçu. Elle consiste dans l'application du chloroforme sur les points douloureux, mais suivant un procédé particulier, un *modus operandi* dont cet auteur revendique la première idée. Il étale sur la peau un linge de toile fine imbibé de chloroforme pur, et applique sur ce linge les doigts, la paume de la main, ou la main tout entière, au moyen desquels il exerce une pression plus ou moins énergique et plus ou moins prolongée, suivant les cas. Cette opération doit produire une sensation de chaleur, de brûlure, qui, pour être efficace, doit être portée et maintenue, dit l'auteur, au point d'être supportable sans cesser d'être vivement

(1) L'éther nitreux, qui produit un froid assez intense pour congeler facilement un volume égal d'eau, devrait être préféré ici, nous semble-t-il, à l'éther sulfurique.

(2) *Traité du rhumatisme musculaire ou névro-myalgie.* Paris, 1861.

ressentie : ce résultat s'obtiendrait en modifiant la durée ou le degré de la pression suivant la délicatesse de la peau, la profondeur des organes malades, l'intensité de la douleur qu'on cherche à combattre.

Dans les cas de névralgies ramellaires, on répète ces applications plusieurs fois dans une même séance, sur les différents points douloureux, en allant de la périphérie vers le centre; chacune dure d'une demi-minute à 7 ou 8 minutes, et elles sont renouvelées tous les jours ou tous les deux jours.

Une ou deux séances ont suffi plus d'une fois pour chasser la douleur.

Cette méthode de traitement n'exclut d'ailleurs en aucune façon les autres traitements médicaux ou hygiéniques.

C'est particulièrement dans les *névro-myalgies* (névralgies musculaires) que ce praticien a retiré de sa méthode des résultats avantageux.

Dans le premier procédé, l'éther n'agit guère autrement que comme un mélange réfrigérant. Dans le procédé de M. Dupuy, le chloroforme joue presque uniquement le rôle d'un révulsif dont on peut graduer à volonté l'énergie.

Entre ces deux méthodes extrêmes, il existe des modes d'application multiples qu'il serait trop long d'énumérer. Nous ne ferons qu'indiquer les irrigations sur la partie malade de vapeurs chloroformiques (Hardy), les frictions avec l'*éther acétique* (Sédillot), avec l'*éther formique* (Cellier), l'*éther cyanhydrique* (Guibert), la *chloracétisation* (1) (Fournié).

De tous ces moyens, qui ont été proposés ou employés avec plus ou moins de raison ou de succès, l'éther chlorhydrique chloré est encore celui qui répond au plus grand nombre d'indications : sa propriété directement anesthésiante, sa volatilité, et son action irritante y sont réparties dans une assez juste mesure pour produire par leur concours, une anesthésie rapide et sûre.

Après ce composé viendrait le chloroforme. On a cependant à lui reprocher les douleurs vives qui accompagnent son action, et les éruptions furonculeuses qu'on voit souvent succéder aux applications chloroformiques.

Doses et mode d'administration. — L'éther sulfurique se donne à l'intérieur à la dose de 2 à 6 grammes. Le chloroforme à la dose de 1 à 3 grammes.

En inhalations, la dose est indéterminée. Nous avons déjà versé souvent jusqu'à 30 grammes de chloroforme sur une éponge ou de la charpie placés au devant des narines d'un malade qu'il fallait anesthésier, sans produire le moindre accident. Nous avons cependant, dans un cas, prolongé pendant plus d'un quart d'heure les inhalations.

(1) M. Fournié a désigné sous ce nom un procédé d'anesthésiation qu'il a employé avec beaucoup de succès. Un flacon à demi rempli d'un mélange à parties égales de chloroforme et d'acide acétique pur cristallisable, est tenu dans la main ; les vapeurs qui se dégagent par l'orifice sont dirigées sur les parties douloureuses. Elles produiraient, d'après M. Fournié, et cela au prix d'une très-légère douleur, une insensibilité complète de la peau, et aussi d'une partie des tissus sous-jacents (*Bulletin de thérapeutique*, t. LXII, année 1862, page 34).

Pour l'usage externe, M. Aran conseille de laisser tomber 15 à 30 gouttes d'éther chlorhydrique chloré ou le double de chloroforme pur, sur la partie douloureuse ou sur un linge humide qu'on applique sur elle, et qu'on maintient par quelques tours de bande. Quelquefois, on verse le chloroforme ou l'éther sur du coton cardé qu'on met en contact avec la partie douloureuse, dans l'otalgie, par exemple. M. Simon (de Ronchamp) aurait même calmé des douleurs odontalgiques en introduisant un de ces tampons imbibés de chloroforme dans le conduit auditif.

On peut aussi incorporer le chloroforme à la glycérine (15 p. sur 60; bonne préparation), à une huile grasse, à l'axonge, à l'alcool, à la dose de 10 à 20 grammes pour 100.

D'autres fois, on en fait usage sous forme de vapeurs à des doses illimitées.

Dans ces derniers temps, M. le docteur Verdé de l'Isle, déjà connu par ses opinions antivaccinales, s'est dit l'auteur d'une découverte aussi merveilleuse qu'invraisemblable; il aurait trouvé, en cherchant une substance résolutive des pustules varioliques, l'idéal pendant du chloroforme, la pierre philosophale de la science anesthésique : un spécifique dont la simple application sur l'épiderme fait disparaître instantanément la douleur, si profonde, si intense, si rebelle qu'elle soit.

Ce spécifique se présente sous la forme d'un liquide transparent, ayant une légère odeur aromatique, que M. Verdé conserve dans un flacon à l'abri de la lumière, et qu'il applique sur la peau au moyen d'un fort pinceau. Cette application ne cause d'autre sensation que celle d'une chaleur très-légère ; mais, à l'inexprimable étonnement des malades, à peine la liqueur mystérieuse est-elle étendue sur la partie souffrante, que la douleur disparaît pour ne plus revenir ou ne se reproduire que quelques heures ou quelques jours après. De nouvelles applications suffisent d'ailleurs pour l'enlever définitivement.

On comprend que des résultats aussi extraordinaires ne soient acceptés qu'avec la plus grande réserve. L'expérience a déjà démontré que son action, qui semble bien marquée dans le lumbago, les névralgies, les douleurs dentaires, s'amoindrit notablement lorsqu'il s'agit de combattre les douleurs symptomatiques du phlegmon, de l'arthrocace, du rhumatisme articulaire aigu.

La composition de ce remède étant d'ailleurs restée secrète jusqu'à présent, il est inutile d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet. M. Verdé de l'Isle se propose d'ailleurs, aussitôt que des observations assez nombreuses l'auront mis en état de le faire, de soumettre son nouveau remède à l'expérimentation et au jugement d'une assemblée compétente, l'Académie de médecine de Paris.

Froid. — Peut-être à cause de l'adage hippocratique : *frigus inimicum nervorum,* lequel n'est pas plus vrai que le *sanguis moderator nervorum*, on a peu employé le froid contre les névralgies. Il nous semble cependant qu'un

moyen propre à diminuer et même à anéantir la sensibilité ne doit pas être négligé quand il s'agit de lutter contre la douleur.

On a combattu depuis longtemps les souffrances causées par les hypérémies actives, les phlegmasies et d'autres altérations organiques au moyen de la glace; mais la réfrigération produite par son application sur la peau n'a été employée qu'avec défiance contre les névralgies idiopathiques, malgré les bons effets de son emploi dans certaines viscéralgies.

Nous l'avons cependant appliqué avec quelque succès dans des cas où des médications assez énergiques avaient échoué : sous l'influence de l'application permanente de la glace, des névralgies sus-orbitaires ont été rapidement calmées; seulement, nous avons eu le regret de constater que la douleur revenait souvent lorsqu'on cessait les applications froides.

L'eau fraîche, appliquée simplement en compresses et d'une manière continue, ne nous a jamais donné les résultats avantageux de la glace.

Antispasmodiques.

On n'a pu désigner ces médicaments que sous un nom dérivé de leurs propriétés thérapeutiques. Leur action physiologique est nulle, ou lorsqu'elle existe, elle est purement locale et se borne le plus souvent à une irritation plus ou moins intense.

Quant à leur vertu thérapeutique, elle s'adresse spécialement à cette manifestation pathologique qu'on comprend sous le nom de spasme, et que MM. Trousseau et Pidoux ont essayé de localiser dans le système nerveux ganglionnaire. Ces médicaments ne semblent donc point répondre au but qu'on se propose d'atteindre dans le traitement des névralgies. L'expérience a cependant démontré que leur efficacité s'étend aux affections douloureuses du grand sympathique, et peut même être opposée avec un véritable succès aux névralgies ramellaires du système encéphalo-rachidien.

C'est ainsi que le *valérianate d'ammoniaque,* préparé par M. Pierlot, ou selon le procédé de MM. Laboureur et Fontaine, a fait disparaître rapidement des névralgies intenses. M. le Dr Déclat(1) a eu le premier l'idée d'employer contre les névralgies la solution de M. Pierlot; il a guéri entre autres en un mois, en passant par des degrés successifs d'amélioration, une névralgie faciale qui durait depuis six ans, et contre laquelle les moyens ordinaires étaient restés sans succès. Le Dr O'Connor (2), de Londres, a obtenu rapidement la guérison de quatre névralgies faciales rebelles avec la solution de valérianate ammonique.

Malheureusement, le prix élevé de ce médicament, tenant à la difficulté de sa préparation, et son odeur, extrêmement désagréable, en réduisent considérablement l'usage.

(1) *Union médicale,* 8 juillet 1856.

(2) *Bulletin de thérapeutique,* t. 62, année 1862, p. 225.

Doses et modes d'administration. — La dose de la *solution de M. Pierlot* serait de 15 à 30 gouttes. Mais nous l'avons vu employer assez souvent, et nous avons pu constater que cette dose était insuffisante : on doit en donner de 4 à 8 grammes, une cuillerée à café matin et soir.

Le *valérianate solide* de MM. Laboureur et Fontaine est administré en pilules ou en solution, et non en poudre, à cause de ses propriétés hygrométriques ; on peut en donner sans le moindre danger jusqu'à 10 grammes et plus (Vulpian).

La *valériane* et *l'ammoniaque* données d'une manière isolée n'ont guère réussi qu'à faire disparaître des douleurs vagues ayant pour siége les nerfs de la vie organique.

Le *valérianate de zinc,* entre les mains des médecins italiens, et celles de M. Devay (de Lyon) (1), aurait donné, comme le sel ammonique, des résultats avantageux dans le traitement des névralgies. M. Devay en a retiré des succès, surtout dans les névralgies *idiopathiques,* et dans celles qui persistent après la guérison d'un état chlorotique antérieur ; il échouerait contre les névralgies symptomatiques (rhumatismales, syphilitiques, etc.). Il a été donné à la *dose* de 10 à 40 centigrammes. On doit le continuer assez longtemps.

Le *valérianate de bismuth* serait, d'après M. G. Righini, un bon antinévralgique. Dose : 20 à 50 centigrammes.

L'acide valérianique a été uni à d'autres bases : *valérianate d'ammoniaque et de quinine, valérianate de quinine, valérianate d'atropine ;* mais l'appréciation de ces différents sels trouve sa place dans la partie de notre travail qui traite de ces deux alcaloïdes, parce que dans les composés que nous venons de citer, l'activité de ces principes prime de beaucoup celle de l'acide valérianique.

Un dernier sel antispasmodique, l'*acétate de zinc* a été opposé par M. Rademacher (2) à certaines névralgies (sciatique), avec un notable succès. Dose : 1 à 6 grammes en potion ou en pilules.

Le *camphre* aurait aussi réussi, à l'intérieur, contre des névralgies de la face et des dents, et à l'extérieur contre les névralgies chroniques ; mais nous doutons fort de son efficacité.

A l'intérieur, on le donne à la dose de 30 centigrammes à 1 gramme. Pour l'usage externe, on se sert surtout de ses solutions alcoolique et éthérée.

Les autres antispasmodiques n'ont pas été essayés, ou sont restés mefficaces dans les névralgies cérébro-spinales idiopathiques.

Toniques. — A. *Analeptiques.*

Fer. — B. Hutchinson (3) dit avoir guéri un nombre considérable de

(1) *Bulletin de chirurgie,* année 1844, t. XXVII, p. 91.

(2) *Journal de médecine de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles,* année 1855, t. XXI (traduction de M. le Dr Dieudonné).

(3) Trousseau et Pidoux. *Op. cit.,* t. I, p. 22.

névralgies temporo-faciales par le *sous-carbonate de fer* à hautes doses. Les expériences de plusieurs autres médecins anglais ont corroboré ces résultats.

Cependant, des insuccès nombreux ont infirmé par la suite des conclusions aussi favorables à l'action antinévralgique du fer.

La raison de ces observations contradictoires a été donnée par MM. Trousseau et Pidoux, et nous aurons l'occasion d'en parler au sujet des névralgies chlorotiques. Disons seulement ici que ces auteurs ont vu les névralgies guérir par le fer lorsqu'elles étaient sous la dépendance d'un appauvrissement du sang; ils ne dénient cependant pas aux préparations martiales une certaine action contre les névralgies indépendantes d'un état chloro-anémique. Mais cette dernière action n'étant pas encore mise hors de doute, il est rationnel d'abandonner les composés ferrugineux pour recourir, dans les derniers cas, à des médications éprouvées.

B. *Névrosthéniques.*

Quinquina. — La névralgie, à cause de ses intermittences et de sa mutabilité, devait être justiciable au premier chef de l'antipériodique par excellence, le *quinquina.*

Aussi l'écorce du Pérou, ou plutôt son principal alcaloïde sont-ils devenus un des remèdes les plus employés contre les douleurs névralgiques.

Sa vertu se manifeste surtout dans les cas de névralgies franchement périodiques résultant d'une intoxication paludéenne, et cela se conçoit, car alors le médicament déploie non-seulement son pouvoir antipériodique, mais encore ses propriétés antipaludeuses. Mais ce n'est pas ici le lieu d'étudier cette dernière action sur laquelle nous aurons à revenir au sujet des fièvres larvées. Nous allons seulement essayer de nous rendre compte de son action dans les névralgies cérébro-spinales *idiopathiques.*

Mode d'action thérapeutique. — Les phénomènes nerveux provoqués chez l'homme sain par l'administration de la quinine à haute dose, représentent, comme l'a démontré M. Briquet, deux ordres successifs de symptômes : les premiers correspondant à une excitation cérébro-spinale, les seconds indiquant une dépression fonctionnelle du système encéphalo-rachidien (1).

Le médecin de la Charité considère les seconds effets, les effets sédatifs, comme la manifestation essentielle et définitive de l'action quinique, et c'est à ceux-ci qu'il rattache ses principaux effets thérapeutiques. Cette sédation nerveuse serait, au reste, l'apanage des *alcaloïdes* du quinquina, lesquels, en revanche, seraient à peu près dépourvus des propriétés toniques de l'*écorce* du Pérou.

Mais à propos déjà de la belladone, nous croyons avoir montré combien il

(1) Nous ne mentionnerons pas les troubles de la circulation et de la calorification, parce qu'ils n'intéressent pas notre sujet.

était difficile, en pratique, de rattacher les effets thérapeutiques des médicaments à la réaction qu'ils développent dans une économie anatomiquement et fonctionnellement normale (1). Cette action hyposthénisante irait du reste à l'encontre des faits de guérison observés dans les cas où la malignité produit une extinction presque absolue des fonctions nerveuses, et fait tomber l'organisme tout entier dans un état de résolution complète, ainsi qu'on le voit dans les fièvres pernicieuses et les fièvres adynamiques.

Il nous semble plutôt que le sulfate de quinine, comme le quinquina, possède une vertu tonique dont l'effet est d'aider l'organisme à réagir contre les causes morbides internes ou externes qui affaiblissent plus ou moins directement la résistance vitale. Cet affaiblissement, au reste, ne se manifeste pas toujours, comme MM. Trousseau et Pidoux en ont fait la remarque, par une dépression apparente des fonctions vitales, mais aussi par un désordre inaccoutumé dans les actes physiologiques, par l'*ataxie*.

Toutes les fois donc que l'innervation aura subi une perturbation plus ou moins profonde, le quinquina trouvera l'emploi de ses propriétés roborantes et régulatrices; *vim porro habent haec medicamenta*, a dit Hippocrate, *ut epotis his corpus in loco sit.*

Or, la névralgie, nous l'avons dit, n'est pas une *suractivité* de la sensibilité, mais une *perversion* douloureuse de la fonction des nerfs sensitifs. Comme telle, elle nous semble rentrer pleinement dans le domaine de la médication tonique.

Indications. — Quel que soit d'ailleurs leur mode d'action, l'expérience a constaté l'efficacité remarquable des préparations quiniques dans des cas nombreux de névralgies *idiopathiques* du système encéphalo-rachidien.

D'après MM. Trousseau et Pidoux (2), elles réussiront surtout dans les névralgies périodiques, puis, après celles-ci, dans les névralgies à paroxysmes inégaux et à intermittences irrégulières mais toujours bien marquées, enfin, dans celles où la douleur se déplace.

Quant au siége de la névralgie, ces mêmes auteurs accordent à la quinine une efficacité plus prononcée dans les névralgies de la face et du cou.

Ces indications ne sont pas exclusives, car on voit tous les jours des affections névralgiques placées en dehors des conditions précédentes, céder à l'action du même remède. On doit donc, comme le disent MM. Trousseau et Pidoux, « tenter par le quinquina la guérison des névralgies, quelque siége qu'elles occupent, quelque type qu'elles affectent. »

(1) Le mercure, par exemple, ne guérit certes pas la vérole chez un individu qui ne l'a pas : il ne fera que produire chez un individu sain, un état hémopathique plus ou moins grave. Donnez-le, au contraire, à un homme ravagé par la syphilis, et vous verrez cet homme recouvrer bientôt, sous l'action de la même substance, les attributs de la santé la plus florissante.

(2) *Op. cit.*, t. II, p. 359.

Doses. — Pour les névralgies franchement intermittentes, à quelque cause qu'elles soient dues, il faudra doubler, tripler et répéter plus souvent les doses que si l'on avait à combattre des accès fébriles. On doit prescrire de 20 à 30 grammes de poudre de quinquina, ou mieux de 1 gramme à 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine, et continuer pendant plusieurs jours ; il sera nécessaire en outre d'augmenter la dose à mesure que la périodicité deviendra moins marquée. MM. Trousseau et Pidoux déclarent même que dans certains cas, on doit pousser les doses jusqu'à produire des bourdonnements d'oreille, une légère stupeur, le ralentissement du pouls; mais ils prescrivent avec raison de ne jamais aller au delà.

Les mêmes auteurs recommandent d'associer l'opium aux sels de quinine; cette addition permettrait, d'après eux, de réduire les doses de quinine. Nous avons suivi, dans plusieurs cas, le conseil de ces savants praticiens, et nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de la combinaison qu'ils préconisent.

Mode d'administration. — En raison du volume considérable de poudre de quinquina qui devrait être ingérée, il est de règle de prescrire le *sulfate de quinine.* La forme sous laquelle nous le donnons le plus ordinairement, celle qui, du reste, est préférée par M. Briquet, c'est la *solution aqueuse.* Celle-ci ne s'opère complètement et rapidement qu'en ajoutant au mélange quelques gouttes d'acide sulfurique dilué : on obtient ainsi un liquide parfaitement limpide, d'un beau reflet bleuâtre, mais d'une amertume assez difficile à masquer.

Pour y parvenir, le meilleur moyen serait, d'après M. Briquet, l'addition du *sirop d'acide tartrique,* qui aurait l'avantage d'être inerte. D'autres préfèrent l'administrer dans une infusion de *café* dont l'arome atténue notablement l'amertume du sel. On a élevé contre cette association le reproche de contrarier dans certains cas l'action du médicament. Ce reproche, inspiré par des vues théoriques, ne nous paraît pas fondé. Un confrère distingué nous a assuré que le sulfate de quinine dont il avait fait un fréquent usage, avait toujours produit chez lui des effets physiologiques beaucoup plus rapides et plus marqués toutes les fois qu'il avait adopté ce dernier mode d'administration, et qu'il avait pu confirmer cette remarque, toutes les fois qu'il avait eu l'occasion de le prescrire à d'autres. Il lui a paru, qu'alors aussi, les effets thérapeutiques avaient été plus prononcés.

Cette circonstance, entre parenthèses, serait favorable aux idées que nous avons énoncées plus haut sur le mode d'action que nous nous croyons en droit d'attribuer au quinquina, c'est-à-dire que le sulfate de quinine guérit les névralgies par sa vertu tonique, et non par ses propriétés hyposthénisantes : s'il en était autrement, le café, en raison de ses effets stimulants, devrait affaiblir et non pas favoriser son action.

Il est encore un autre moyen à l'aide duquel on rendrait plus facile l'administration de la quinine : c'est de laisser tomber sur la langue une goutte de

chloroforme, ou, ce qui vaut mieux, ajouter quelques gouttes de chloroforme à la potion. Cette dernière substance, possédant une odeur suave et une saveur sucrée, n'est pas désagréable par elle-même, et elle est douée, d'après M. Graves, de la propriété de faire disparaître, ou au moins de modérer notablement la saveur amère de certains médicaments.

Nous avons vérifié par nous-même, pour le sulfate de quinine, l'huile de foie de morue et le baume de copahu cette action paralysante du chloroforme sur les papilles gustatives.

Une autre substance partage aussi (Johnson) cette faculté d'annihiler les saveurs : c'est la *pyrothonide* qui, d'après M. le Dr Rieken (1), serait une espèce d'anesthésique. On l'a toujours sous la main, mais son goût empyreumatique est tellement désagréable et persistant que la franche amertume de la quinine lui sera toujours préférée.

Le mode d'administration le plus avantageux que nous connaissons est celui des *granules effervescents* à base de quinine : cette préparation permet de prendre le médicament en solution sans que sa saveur amère soit trop prononcée. Le seul reproche qu'on ait à lui faire, c'est l'élévation de son prix.

L'administration du sulfate de quinine *à l'état solide* est beaucoup plus commode, mais moins efficace. On le donne en *pilules* ou en *poudres* enveloppées dans du pain azyme.

Le *moment* le plus convenable pour l'ingestion du médicament est celui qui laisse à la quinine le temps d'être absorbée à peu près à l'instant où l'accès débute. On fixe en général à une heure l'intervalle nécessaire pour que cette absorption soit complétement opérée.

Divers autres sels que le sulfate ont été successivement préconisés contre les névralgies.

Le premier est le *valérianate de quinine* que nous avons eu le regret de voir échouer entre nos mains, ni plus ni moins que le sulfate de quinine. Dose : 40 centigrammes à 1 gramme. On a fait aussi un sel valérianique à base double d'ammoniaque et de quinine, que nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter.

Le *tannate de quinine*, au rapport de M. Bouvier, serait aussi actif que le sulfate de quinine, et il a sur ce dernier l'avantage d'être d'un prix un peu moins élevé. Ses doses sont un peu plus fortes que celles du sulfate.

Le *biarsénite de quinine* (Kingdom) paraît *a priori* devoir jouir d'une assez grande efficacité contre les névralgies : l'administration de ce sel, encore peu employé, aurait confirmé ces prévisions. Dose : 2 à 4 centigrammes.

Enfin, l'*éther quinique* (Pignacco) essayé seulement en inhalations contre les fièvres intermittentes, pourrait peut-être rendre des services signalés dans les

(1) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, septembre 1859.

accès névralgiques violents et périodiques surtout si l'état des voies digestives s'opposait à l'usage interne de la quinine.

Quant aux autres sels (*hydrochlorate, citrate, hydroferrocyanate, quinate, etc.*), nous les passerons sous silence parce qu'ils ne se recommandent par aucun avantage sérieux.

Nous avons dit plus haut que le *quinquina* en poudre était rarement employé. Mais s'il n'est pas administré en nature, il sert cependant de base à quelques bonnes préparations. Nous devons mentionner spécialement le *vin de quinquina*. Dans des névralgies cérébro-spinales idiopathiques durant déjà depuis longtemps, mais avec des alternatives d'exacerbations et de calme, il nous a donné assez souvent des résultats inespérés : c'est chez des personnes plus ou moins affaiblies par l'âge ou des maladies antérieures, ou bien épuisées par la névralgie elle-même, que le vin de quinquina nous a particulièrement réussi.

Nous prescrivons une simple macération (sans addition d'alcool) de la poudre de quinquina jaune dans du vin généreux (50 grammes pour 600). Nous en faisons prendre 50 à 100 grammes en trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, d'une manière régulière et continue.

Le *vin de Séguin* est une excellente préparation, mais son prix un peu élevé l'écarte de la pratique usuelle.

M. le Dr Hermel (1) a aussi employé avec succès contre les névralgies diverses préparations de quinquina.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que du quinquina ou de la quinine pris par la bouche. Mais on peut avoir recours aussi à un autre mode d'administration, moins commode, mais plus puissant : les *injections rectales*. Elles se font avec une décoction d'écorce du Pérou additionnée de quelques gouttes d'acide sulfurique (quinquina jaune, 20 grammes ; eau 200 grammes ; acide sulfurique, quantité suffisante) ou avec une solution de bisulfate de quinine (1 gramme pour 100).

Dans les cas où la répulsion causée par l'amertume extrême du sel de quinine serait insurmontable, ou si son usage était contre-indiqué par une irritation gastro-intestinale, le lavement constituerait un mode d'administration précieux.

La *méthode endermique* a été pratiquée aussi avec succès ; mais on conçoit que son usage soit très-restreint : car, en ce qui regarde les névralgies, l'application de la quinine sur le point douloureux ne semble devoir agir que par la modification *générale* imprimée au système nerveux à la suite de son absorption.

Toutefois, dans les névralgies fixes et franchement périodiques, on pourrait peut-être tenter ce moyen : à défaut de l'action dynamique locale, on aurait toujours l'irritation révulsive du vésicatoire et la douleur assez violente causée par l'application du médicament sur le derme. A ce propos, M. Briquet a noté

(1) *Annales médico-psychologiques*, année 1846, t. VII, p. 441.

un fait, confirmé du reste par MM. Trousseau et Pidoux : c'est la différence remarquable d'intensité de la phlegmasie dermatique, suivant qu'on a fait usage de la poudre saline, ou de la solution aqueuse. Les phénomènes inflammatoires seraient beaucoup moins prononcés dans ce dernier cas.

Cette observation nous paraît de nature à expliquer pourquoi, dans l'administration interne, la solution aqueuse l'emporte de beaucoup sur le sel donné à l'état solide : l'irritation provoquée par la poudre de quinine sur la muqueuse digestive, entraverait son absorption, et par conséquent ses effets dynamiques.

Nous avons injecté dans le tissu cellulaire une solution concentrée de sulfate de quinine, dans le but de faire cesser des accès de fièvre intermittente, ou plutôt de contrôler les allégations de quelques médecins étrangers qui accordaient à ce moyen une très-grande énergie. Outre que la puissance de ces injections a été considérablement exagérée, il résulte de nos expériences qu'elles sont très-douloureuses et que les malades ne s'y soumettent qu'avec beaucoup de répugnance.

Les souffrances assez aiguës occasionnées par ces injections doivent être rapportées surtout à la présence dans les solutions concentrées dont nous avons fait usage, d'un excès d'*acide sulfurique*. M. Pihan-Dufeillay a cherché à prévenir ce grave inconvénient en n'employant que la quantité d'eau de Rabel strictement nécessaire pour opérer la dissolution. M. Dodeuil a substitué avec plus d'avantage encore l'*acide tartrique* à l'acide sulfurique. Voici sa formule :

Eau distillée.	10 grammes.
Sulfate de quinine bibasique.	1 —
Acide tartrique.	0 50 centigr.

Enfin, M. Vée a proposé tout récemment d'employer pour ces solutions du sulfate acide de quinine *cristallisé:* ce sel est dissous dans l'eau distillée dans la proportion de 1 sur 11,50.

Ces modifications nouvelles rendront peut-être moins rare l'usage des injections hypodermiques de quinine. Nous persistons cependant à croire que cette méthode ne trouvera qu'exceptionnellement son opportunité dans le traitement des névralgies.

Esculine. — M. le Dr Monvenoux (de Monluel, Ain) (1), a administré l'esculine dans quatre cas de névralgie périodique, et la guérison a été obtenue chaque fois; dans un de ces cas, le sulfate de quinine lui-même avait échoué. Dose : 2 grammes dans un peu d'eau sucrée, au même moment que le sulfate de quinine.

Excitants. — A. Du système nerveux.

Noix vomique. — *Mode d'action thérapeutique.* — La noix vomique est considérée à juste titre comme un excitant du système nerveux ganglionnaire

(1) *Bulletin de thérapeutique*, année 1859, t. LVII, p. 127.

et cérébro-spinal, c'est au moins la conclusion qu'on doit tirer de son action physiologique.

Il est vrai que quand cette substance est donnée à dose toxique, une stupeur profonde et l'insensibilité la plus complète apparaissent comme avant-coureurs de la mort. Mais il ne faut pas considérer, comme l'ont fait les Italiens, ces phénomènes ultimes comme la véritable manifestation des propriétés du médicament, car on peut dire qu'à haute dose, à peu près toutes les substances toxiques amènent la mort par sédation ; pour connaître la véritable action physiologique, il faut observer les symptômes provoqués par une dose trop faible pour mettre la vie en danger, sinon, on obtient les effets du poison, et non plus ceux du médicament.

En observant ce precepte, on n'a trouvé que deux phénomènes dont l'existence puisse être encore invoquée en faveur de l'opinion qui range la noix vomique parmi les stupéfiants : ce sont la dilatation de la pupille et la tendance au sommeil ; mais la première peut être active, et l'autre peut venir de la sédation qui survient presque toujours à la suite d'une excitation trop vive. La guérison par la noix vomique de névroses résultant d'un trouble hypersthénique du système nerveux ne prouve pas davantage, car on sait qu'on ne doit pas faire des effets thérapeutiques des médicaments la base d'une classification, ces effets étant trop variables et trop complexes; d'ailleurs, si l'on invoque la guérison de certaines névroses paraissant résulter d'une excitation nerveuse, on peut trouver un bien plus grand nombre de paralysies de la sensibilité ou de la motilité que la noix vomique a modifiées d'une manière aussi rapide qu'incontestée.

Nous croyons, quant à nous, que la noix vomique est plutôt un *tonique* qu'un excitant du système nerveux, c'est-à-dire qu'elle tend à rétablir les fonctions de cet appareil, — en diminuant son excitabilité, si celle-ci est au-dessus de la normale, — en la relevant, au contraire, si elle est tombée en-dessous de la limite physiologique.

Indications et doses. — Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, la noix vomique a guéri des névralgies, et surtout des névralgies *faciales*.

M. le docteur Roelants (1) a guéri ou vu guérir 25 cas sur 29 par l'emploi de doses graduelles et assez élevées dès le début (20 à 60 centigrammes de poudre de noix vomique); l'extrait alcoolique, plus actif que la poudre, et avec l'emploi duquel on est généralement plus familiarisé, pourrait être donné de préférence à la poudre.

M. Burggraeve, de Gand (2), accorde à la strychnine une action avantageuse

(1) Trousseau et Pidoux. *Op. cit.*, T. I, p. 781.

(2) *Essai sur l'emploi de la strychnine dans les paralysies, les névralgies et les convulsions.* Gand, 1851, p. 10.

dans le traitement des névralgies. Il recommande de la donner par doses régulières, afin que son action ne soit jamais interrompue.

Mode d'administration. — Le *sulfate de strychnine* en poudre ou en solution a sur les autres préparations l'avantage de constituer une forme pharmaceutique fidèle et d'une administration assez facile. Le sulfate de strychnine peut être introduit dans l'économie par la bouche, par la voie endermique et par le tissu du derme. Nous ne sachions pas pourtant que ce sel de strychnine ait été administré déjà de cette façon dans le but de combattre une névralgie : M. Béhier l'a seulement injecté dans des cas d'hémiplégie et de paraplégie. On débute alors par 2 ou 3 milligrammes, et l'on arrive progressivement à 1 centigramme.

Les autres alcaloïdes de la noix vomique (*brucine, igazurine*), n'ont pas encore été expérimentés dans les névralgies.

La noix vomique n'a guère été employée en applications *locales* contre les névralgies. M. le docteur Bourguignon (1) a essayé contre les névralgies faciales, mais sans succès, une pommade à la strychnine. Mais il dit avoir réussi à combattre efficacement, par ce moyen, la sensibilité excessive que la peau présente à la suite des névralgies. Il fait pratiquer des onctions sur la partie douloureuse avec une pommade ou un liniment dans lesquels il entre 1 partie de strychnine pour 50 d'axonge ou d'huile.

Café.—Tout le monde connaît la vertu céphalique d'une infusion concentrée de café torréfié. Mais nous voulons appeler ici l'attention sur l'efficacité que nous avons cru lui reconnaître dans certaines subdivisions de la névralgie trifaciale idiopathique, dans les névralgies *sus-orbitaire* et *intra-orbitaire* par exemple. Cette action est assez rapide et n'entraîne avec elle aucun inconvénient.

Mode d'action thérapeutique. — Est-ce à cause de ses propriétés anti périodiques qu'il chasse ainsi la douleur? Est-ce son action excitante qui, stimulant d'une manière spéciale les fonctions nerveuses, ramène à son taux normal la sensibilité non pas exagérée, mais pervertie? Il est probable que l'une et l'autre de ces propriétés concourent à la disparition de la douleur.

Mode d'administration et doses. — L'infusion de café étant une forme peu pharmaceutique, on peut la remplacer par la *caféine* et ses sels (*citrate, lactate* ou *malate*). Ces dernières préparations, découvertes par M. le docteur Van den Corput, se sont beaucoup répandues depuis quelques années, soit à titre d'antinévralgique, soit comme anti-périodique.

Ces composés se donnent à la dose de 20 à 50 centigrammes; on peut porter ces doses beaucoup plus haut, car la caféine ne possède aucune propriété toxique. Erlenmeyer et Eulenberg auraient combattu la migraine avec succès en injectant dans le derme de très-faibles quantités de ce médicament : 1 à 2 centigr.

(1) *Op. cit.*, p. 63.

Mélisse. — L'infusion, l'eau distillée, ou mieux l'alcoolat s'appliquent en frictions sur les parties qui sont le siége de douleurs névralgiques, surtout de douleurs musculaires.

La rubéfaction produite par ces frictions entre sans doute pour beaucoup dans les effets qu'on en obtient.

B. *Excitants de la circulation.*

Il semble au premier abord que les excitants de la circulation ne doivent pas figurer dans la thérapeutique des névralgies cérébro-spinales idiopathiques, puisque l'état de la circulation générale n'a que peu ou point d'influence sur la névralgie; mais quelques-uns d'entre eux, outre l'activité circulatoire qu'ils provoquent, donnent lieu à des phénomènes nerveux qui méritent d'être pris en sérieuse considération, tant sous le rapport physiologique qu'au point de vue thérapeutique. C'est par là que l'un d'eux, la térébenthine, se rattache à la médication anti-névralgique, et c'est à ces effets qu'elle doit de trouver place ici, à la suite des excitants propres du système nerveux.

Térébenthine.—*Mode d'action thérapeutique et indications.*—Parmi les effets physiologiques de l'essence de térébenthine sur le système nerveux cérébro-spinal, on a noté un endolorissement général des membres inférieurs se faisant sentir plus spécialement sur le trajet des gros nerfs. Elle produit souvent aussi une céphalalgie intense et persistante.

Cette électivité, si elle eut été remarquée plus tôt, aurait sans doute désigné à l'expérimentation les affections névralgiques des membres. Mais il est à peu près certain que l'empirisme seul a guidé les premiers médecins dans l'emploi de cette substance.

M. le professeur Teissier, de Lyon (1), a obtenu par l'emploi de l'essence de térébenthine la guérison de *céphalées* nerveuses opiniâtres que nous croyons être, d'après leurs caractères, des variétés de *névralgie centrale.* L'essence est renfermée dans les capsules de Lehuby ou dans les perles de Clertan; chaque perle contient à peu près 8 gouttes d'essence; M. Teissier n'en donne que 2 à 3 par jour, au commencement des repas. On réserverait des doses plus élevées pour les cas rebelles.

L'usage de la térébenthine contre le *mal ischiatique* date de beaucoup plus loin, et était passé en pratique parmi les médecins anglais (Home, Cheyne, Pitcairn), alors qu'en France son administration dans le même but était nulle, ou au moins excessivement restreinte.

C'est à M. le professeur Récamier, puis à M. Martinet (2), qu'on doit d'avoir vulgarisé en France ce mode de traitement.

(1) *Union médicale.* Janvier 1864, N° 10.
(2) *Thèses de Paris.* 1818.

Les résultats remarquables signalés par M. Martinet ont mis hors de doute l'efficacité de cette substance, et les observations de MM. Dufour, Leriche, Delaroque, Macario et Teissier, n'ont fait que corroborer ces premiers résultats.

Mode d'action thérapeutique. — Les effets thérapeutiques de la térébenthine se rattachent à l'action dynamique qu'elle exerce sur le système nerveux. Les phénomènes observés chez l'homme sain, et que nous avons déjà fait connaître, démontrent assez cette influence. Il est à noter, en outre, que Cullen d'abord, puis Récamier et M. Martinet, ont vu, dans des cas de névralgie sciatique traités par la térébenthine, les membres inférieurs, et particulièrement celui qui était affecté de sciatique, devenir le siége d'une chaleur insolite accompagnée de sueur; ces effets se faisaient sentir surtout sur le trajet du nerf malade.

Il n'est donc pas besoin d'invoquer, ainsi que l'ont fait MM. Raige-Delorme (1) et Bourguignon (2), l'action révulsive sur le tube digestif pour se rendre compte de son efficacite. Il y a plus : On a remarqué que l'intensité de la révulsion était en raison inverse de son action curative.

Indications et contre-indications. — C'est surtout dans les névralgies cérébro-spinales idiopathiques telles que nous les avons caractérisées, que la térébenthine donnera ses meilleurs résultats, et le succès sera d'autant plus assuré que les signes de la névralgie seront mieux dessinés, et que les douleurs seront plus vives.

Les névralgies des extrémités inférieures, et notamment la névralgie *sciatique,* seront justiciables de la térébenthine.

Nous devons ajouter que la térébenthine manifestera ses effets curatifs dans les cas surtout où son ingestion ne provoquera que peu ou point d'accidents du côté des organes digestifs. Dans tous les cas, si au bout d'une huitaine à une dizaine de jours on n'obtenait aucun résultat, il faudrait, d'après le précepte de Récamier, abandonner la médication. A part cette inefficacité bien constatée, et l'irritation des voies digestives qui se traduit par des nausées, des vomissements, de la cardialgie et des évacuations alvines, rien ne s'oppose à l'emploi continu de la térébenthine. — On peut, au reste, prévenir ces accidents dans une certaine mesure, en associant au médicament une préparation opiacée, ou en suspendant l'essence dans une eau distillée aromatique.

Mode d'administration et doses. — On préfère, dans le traitement des névralgies, l'*essence* de térébenthine à toutes les autres formes. On la donne à l'intérieur à la dose de 4, 8, 12 grammes, suivant l'irritabilité des voies digestives. On peut y associer, pour favoriser la tolérance, du sirop de menthe, de fleurs d'oranger, d'éther, de la teinture de cannelle (Martinet), du sirop diacode

(1) *Archives de médecine,* année 1824. T. IV, pag. 400.

(2) *Op. cit.*, pag. 225.

(Rayer), ou du laudanum. — On peut encore avoir recours, dans le cas où elle ne pourrait être supportée même à l'aide de ces moyens, à des *injections rectales* formulées comme suit :

Essence de térébenthine	32 grammes.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau	500 grammes.

Les *capsules* de térébenthine offrent une ressource encore plus précieuse contre la répulsion invincible qu'elle fait éprouver à certains malades. On fait préparer des capsules gélatineuses contenant chacune de 10 à 40 gouttes; le malade peut lui-même verser ces gouttes dans les capsules de Lehuby. A défaut des capsules qui coûtent assez cher et qu'on ne peut se procurer partout, MM. Trousseau et Pidoux recommandent le *sirop* de térébenthine; ils en donnent deux formules dans leur ouvrage (1). Il contient un cinquième de son poids d'essence.

Les *frictions* pratiquées sur la partie malade avec l'huile essentielle pure ou un liniment composé selon la formule de Récamier (huile de camomille, 60 grammes; essence de térébenthine, 30 grammes; laudanum de Sydenham, 4 grammes), peuvent venir en aide au traitement interne dans la sciatique et le tic douloureux de la face.

A l'exemple de MM. Chevandier et Benoît, M. Macario (2) a employé, avec le plus grand avantage, les *bains de vapeurs térébenthinés* obtenus en soumettant des copeaux de pin à la distillation. Il est bon de faire observer que ces bains commencent par donner lieu à une exaspération marquée dans les douleurs. Ils agissent par la vive excitation cutanée qu'ils provoquent. — Les fumigations *sulfureuses* employées contre la sciatique, les vapeurs *chlorées* que Bonnet, de Montpellier (3) dirigeait sur le point douloureux dans la névralgie faciale, n'agissent pas autrement : c'est exclusivement à la révulsion qu'elles opèrent qu'il faut rapporter les succès obtenus.

Sédatifs.

Vératrine. — En sa qualité d'hyposthénisant du système nerveux de la vie animale, la vératrine devait être essayée contre les affections douloureuses des nerfs. Les docteurs Ebers, Desgranges, Cunier, Knapp, Lafargue et Turnbull l'ont fait avec succès. Ce sont surtout les névralgies *faciales* qui ont cédé à ce remède.

Nous avons administré nous-même la vératrine à un individu atteint d'une sciatique ancienne sans le moindre résultat.

(1) *Op. cit.* T. I, page 578.

(2) *Des bains de vapeurs térébenthinés, combinés ou non avec l'hydrothérapie, dans le traitement des névralgies Archives générales de médecine*, 1859, page 385.

(3) *Annales cliniques de Montpellier*, T. 33

On la donne ordinairement en pilules argentées (Aran), à cause de son insolubilité dans l'eau et de son âcreté lorsqu'elle est dissoute par l'alcool ou par un acide dilué. Chaque pilule contient 5 milligrammes de vératrine ; on en donne de 1 à 5 par jour. M. Turnbull (1) en fait prendre 3 milligrammes toutes les 3 heures jusqu'à soulagement.

On associerait avec avantage à l'usage interne des *frictions* faites avec une pommade composée de 5 centigrammes pour 4 grammes d'axonge *rance* (Cavé); — ou 80 centigrammes pour 30 grammes (Turnbull).

M. Lafargue (de St-Émilion) a pratiqué avec la solution aqueuse d'un sel de vératrine des *inoculations* sur les trajets douloureux. Comme l'action irritante du médicament est de nature à nuire à ses effets thérapeutiques, il n'introduit par ces piqûres que des quantités minimes : 1/11 à 1/15 de milligramme. — M. Bois a pratiqué des *injections hypodermiques* avec le nitrate de vératrine à la dose de 1/2 à 1 milligramme.

Altérants.

Arsenic. — Le docteur Alexander (2) a guéri par l'arsenic une céphalalgie nerveuse durant depuis plusieurs années. Avant lui déjà, Hoffmann aurait triomphé d'une céphalée périodique d'une violence extrême et réfractaire aux narcotiques et aux antispasmodiques.

Fowler aurait réussi dans sept cas de névralgie périodique. Romberg (3) a employé aussi plusieurs fois avec avantage la médication arsénicale.

M. Boudin aurait combattu avec succès plusieurs névralgies par la solution aqueuse ou par l'*acide arsénieux* en poudre, lors même que ces névralgies n'étaient pas franchement périodiques. Mais il convient que leur efficacité est beaucoup moins remarquable lorsque cette condition fait défaut.

M. le docteur Cahen, médecin de l'hôpital Rothschild, a administré l'arsenic sur une très-large échelle ; il prétend qu'il l'a prescrit avec un succès constant à des personnes atteintes de névralgies cérébro-spinales occupant les cordons nerveux, les unes idiopathiques, les autres symptomatiques (faciale, sciatique, intercostale, etc.) Les névralgies sciatiques ont été les plus réfractaires à ce moyen. Cependant on a plusieurs exemples, et entre autres un fait rapporté par M. le docteur H. Barella dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie* de Bruxelles (4), qui prouve que cette cure n'est pas impossible.

D'autres médecins belges, MM. Dieudonné et Crocq, et M. Teissier, de Lyon, ont combattu avec succès par les préparations arsénicales des névralgies rebelles.

(1) *On the medical properties of the Ranunculaceæ*, in-8°.—Guibert. *Op. cit.*, p. 427.
(2) *Revue médicale française*, mai 1828.
(3) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, t. VI.
(4) Cahier de juillet 1863.

On voit par cette énumération, que l'arsenic doit occuper un certain rang dans la médication antinévralgique, qu'il jouit d'une assez grande efficacité dans les névralgies à marche irrégulière, qu'il manifeste surtout sa puissance dans les névralgies *périodiques*.

D'après M. Boudin, il aurait sur la quinine un double avantage dans les névralgies périodiques rebelles. Le sel de quinine, dans ces cas, doit être porté à des doses trop élevées pour en permettre un usage prolongé, eu égard aux symptômes cérébraux et aux troubles digestifs qu'il occasionne. En second lieu, il n'empêche pas la maladie de reparaître. L'arsenic n'aurait pas ces inconvénients. Nous croyons que la prédilection de M. Boudin pour les préparations arsénicales lui en ont fait exagérer les avantages.

Lorsque nous parlons ici de névralgie périodique, il est bien entendu que nous n'avons en vue que les névralgies indépendantes de l'intoxication paludéenne. Nous réservons pour ces dernières un article spécial dans la partie de notre travail consacrée aux névralgies symptomatiques.

Iode. — L'iode, employé à assez hautes doses, aurait guéri, entre les mains de MM. Trousseau et Pidoux (1) une sciatique très-douloureuse rebelle aux vésicatoires et aux préparations de morphine. L'*iodure de potassium*, donné à doses élevées, avait déjà antérieurement fourni des résultats remarquables au docteur Izurié (2) dans plusieurs cas de sciatique.

Quant aux névralgies de nature *syphilitique* contre lesquelles on a employé avec succès les préparations iodées, nous aurons à nous en occuper plus loin.

Mode d'administration — L'*iode* employé à l'état métalloïdique irrite assez vivement les voies digestives pour que son usage interne soit très-restreint. On lui préfère l'*iodure de potassium* et l'*iodure de sodium*.

Ces dernières préparations ne sont cependant pas irréprochables. M. Boinet (3) attribue au potassium plusieurs des accidents rapportés jusqu'ici au métalloïde qui lui est combiné. Les hypersécrétions salivaire, urinaire, intestinale, et la dissolution du sang seraient produites par l'iodure de potassium au même titre que par les autres sels à base potassique. Cet auteur propose, en conséquence, de remplacer l'iodure de potassium par une combinaison de l'iode avec de l'acide tannique, découverte par M. Debauque, de Mons : ce composé *iodo-tannique* est soluble, inoffensif, et ne diminue en rien l'action thérapique de l'iode.

Doses : iode, 10 à 20 centigrammes; teinture, 15 à 20 gouttes; iodure de potassium, 50 centigrammes à 10 grammes.

(1) *Op. cit.*, t. I, page 272.

(2) *Union médicale*, avril 1852.

(3) Mémoire sur les moyens d'administrer l'iode complétement soluble et entièrement dépourvu de ses propriétés irritantes, lu à l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 8 mars 1864.

Les *applications locales* de l'iode sont d'un usage plus répandu. Quoique son absorption soit pour nous très-douteuse (1), l'iode a réussi, sans doute à cause de son action révulsive, à amener la sédation de la douleur dans des névralgies superficielles et récentes.

M. le docteur Bouchut (2) a eu l'idée d'associer la morphine à l'iode pour le traitement des névralgies superficielles. Il a donné à cette combinaison le nom *d'iodo-morphine*. Appliquée sur la peau au niveau de la partie malade, elle produit en même temps que la sédation de la douleur un léger assoupissement; elle exerce aussi une action faiblement révulsive. On peut employer également la *teinture d'iode morphinée* dont voici la formule :

Teinture d'iode	15 grammes.
Sulfate de morphine.	2 —

Iodoforme. — L'iodoforme a sur l'iode l'avantage de n'être pas irritant, et de posséder une odeur et une saveur beaucoup plus agréable. Il possède des propriétés anesthésiques qui l'ont fait employer dans plusieurs maladies douloureuses. MM. Morétin et Humbert auraient calmé par l'iodoforme les douleurs de la névralgie faciale.

Ajoutons aussi, pour ne plus y revenir, qu'elle aurait amendé d'une manière notable des accès de gastralgie. A l'extérieur, elle a servi à combattre, non sans succès, les douleurs des cancers ulcérés.

Mode d'administration et doses. — L'iodoforme contient les 9/10 de son poids d'iode. On en donne 5 à 60 centigrammes en pilules ou en pastilles. Pour l'usage externe, on prescrit des applications sur le point névralgié d'une pommade composée de 2 à 4 grammes d'iodoforme pour 30 d'axonge.

Bromure de potassium. — Son administration chez l'homme sain produit une sédation des fonctions cérébro-spinales; dépression de l'intelligence, de la mémoire, de la sensibilité et de la motilité. Cette action se manifeste par de l'hébétude, de la tendance à l'assoupissement, une titubation remarquable, une *anesthésie* quelquefois générale de la peau. Le plus souvent, cette anesthésie se localise aux muqueuses de la bouche et du pharynx, de l'anus, et même de la conjonctive. On peut l'amener plus rapidement et la prolonger davantage en joignant l'application locale à l'administration interne. Ces propriétés anes-

(1) Funke, ayant pris un bain iodé, en se soumettant à toutes les précautions nécessaires pour que les vapeurs d'iode ne pussent pénétrer par les voies pulmonaires, a trouvé que cette substance n'était pas absorbée Nous avons examiné à l'hôpital Beaujon le liquide contenu dans des bulles qui s'étaient développées sur la peau à la suite d'applications répétées de teinture d'iode. La teinture avait encore été appliquée la veille, et la partie (avant-bras) entourée hermétiquement d'un taffetas imperméable. Nous n'y avons pas trouvé la moindre trace d'iode.

(2) O. Réveil. *Op. cit.*, page 320.

thésiques le rendront utile dans les névralgies des premières voies et dans les névralgies superficielles.

Dose : 2 à 10 grammes.

Chlorure d'ammonium. — M. le docteur Elben, médecin aux Indes orientales (1), prescrit le chlorure d'ammonium contre les névralgies faciale et cérébrale.

Un médecin français, M. Barallier (2), l'a donné dans la migraine et dans les névralgies crâniennes qui apparaissent dans la convalescence des fièvres graves, et que nous considérons comme des *cérébralgies.*

Ce praticien a remarqué que le chlorhydrate d'ammoniaque n'agissait guère au début d'un accès, mais seulement lorsque la douleur était devenue très-aiguë; administré à ce moment, on l'a vu chasser la douleur avec une merveilleuse promptitude.

Mode d'administration et doses. — M. Barallier prescrit le sel ammoniac à a dose de 3 grammes; il le fait dissoudre dans une eau distillée qu'il fait prendre en trois fois à une demi-heure d'intervalle.

Huile de foie de morue. — M. Bauer, de Tubingen (3), a observé, parmi les effets de l'application externe de l'huile de foie de morue, un calme remarquable du système nerveux amenant un sommeil profond. Cette remarque l'a conduit à traiter des douleurs musculaires par des frictions pratiquées avec ce médicament, et il aurait vu les douleurs se dissiper à la suite de ces frictions.

Nous les avons employées, nous-même, à titre d'essai, chez un individu atteint d'une sciatique assez peu douloureuse; les frictions ont été faites avec soin pendant plus de dix jours sur le membre inférieur malade, et nous avons eu le regret de ne constater aucune amélioration. Les vésicatoires, entretenus pendant quelques jours, ont sensiblement modifié les douleurs.

Mercure. — Nous avons à dire du mercure ce que nous avons dit plus haut du fer, comme conclusion des faits que nous avions passés en revue. Nous devons seulement ajouter qu'il doit, non-seulement ne pas être recommandé, mais être rigoureusement proscrit dans les cas où l'origine syphilitique de la douleur est en dehors de toute présomption. La médication mercurielle trouvera sa place lorsque nous aurons à envisager dans leurs formes et dans leur traitement les névralgies *syphilitiques.*

Or. — Tout ce que nous pouvons dire de son action anti-névralgique, c'est qu'il a été employé topiquement, il y a quelques années, contre différentes névralgies. On pratique des frictions avec une pommade dans laquelle il entre du *perchlorure d'or et de sodium.*

(1) *Gazette hebdomadaire*, t. I, page 1088.
(2) *Union médicale*, année 1859.
(3) *Bulletin de la Soc. de méd. de Gand*, in Trousseau et Pidoux, *op. cit.*, t. I, p. 304.

Le prix assez élevé de ce médicament en restreindra toujours l'usage.

Sous-acétate de plomb. — MM. Trousseau et Pidoux (1) lui reconnaissent une certaine efficacité dans les névralgies superficielles. On l'applique *loco dolenti*. On aurait employé avec un égal succès une pâte faite de sous-carbonate de plomb délayé dans de l'eau et appliquée sur le trajet du nerf malade. C'est surtout dans les névralgies faciales que ce moyen a été mis en pratique (Ouvrard, Millet).

Bichromate de potasse. — Ce médicament serait anti-névralgique à petite dose : 1 1/2 centigramme pour commencer; on va graduellement jusqu'à 10 centigrammes (2).

Les faits encore trop peu nombreux qui ont été recueillis à ce sujet ne permettent pas encore de juger de son efficacité.

B. — MÉDICATIONS COMPOSÉES.

Nous sommes loin de vouloir faire l'insipide énumération des mille et une recettes antinévralgiques qu'on rencontre à chaque page dans les publications périodiques. Ces formules, ou bien ne sont autre chose qu'un assemblage presque toujours confus, souvent même incompatible, des substances simples qui ont été administrées dans le traitement des névralgies avec plus ou moins de succès, et alors, elles sont un peu moins efficaces que celles-ci employées isolément, parce qu'elles ne permettent de remplir d'une manière précise aucune indication particulière; — ou bien elles se composent de remèdes douteux ou inactifs, et dans ce cas, elles réussissent bien moins encore.

En supposant même que le besoin de ces prescriptions se fît sentir, il serait loisible à chaque praticien d'en créer à sa guise qui vaudraient certes tout autant que celles qu'il aurait pu recueillir.

Nous nous sommes décidé, en conséquence, à n'indiquer ici que *deux* formules, l'une pour l'*usage interne*, l'autre pour l'*usage externe*, que nous recommandons spécialement aux praticiens, tant à cause de leur simplicité et de leur composition en apparence rationnelle que de leur incontestable efficacité. — Ces formules compléteront ce que nous avons dit dans le cours de notre travail de certaines associations avantageuses.

Pilules antinévralgiques de Trousseau (3).

Pr. Extrait de stramoine. . . . . 50 centigrammes.
Extrait aqueux d'opium. . . . 50 »
Oxyde de zinc. . . . . 8 grammes.

Pour 40 pilules. — De 1 à 8 dans les 24 heures.

(1) *Op. cit.*, t. I., pages 144 et 145.

(2) *Gazette médicale*. Année 1852.

(3) Nous aurions ajouté les pilules de Méglin et celles de Cronier, si les premières n'étaient pas exclusivement applicables à quelques cas spéciaux, — et si la composition des secondes était connue.

Mixture de H. Guéneau de Mussy.

Pr.	Alcoolat de mélisse	4 grammes.
	Teinture d'aconit.	2 »
	Chloroforme pur	1 gramme.

Mêlez. — Pour frictions.

2° TRAITEMENT LOCAL.

Nous entendons par *traitement local* l'emploi dans un but thérapeutique des agents dont les effets curatifs ne sont pas le résultat direct de leur absorption, soit locale, soit générale ; — c'est la *thérapeutique externe proprement dite.*

Indications et contre-indications. — Comme nous l'avons fait pour les médicaments agissant par absorption, nous allons rechercher les indications et contre-indications générales des moyens thérapeutiques externes.

Les agents qui ne soulagent ou ne guérissent que par la pénétration de leurs principes dans l'économie ont pour eux la simplicité habituelle de leur administration et leur action ordinairement plus durable. On peut ajouter aussi qu'en général ils ne sont pas douloureux. — Mais ils ont un côté défectueux qui contrebalance en partie ces avantages. Leur manifestation thérapeutique ne se produit qu'à la suite d'une impression dynamique presque toujours complexe qui développe, à côté de ses effets bienfaisants, un trouble fonctionnel ou organique général, mais surtout un ébranlement nerveux qui laisse des traces quelquefois profondes dans l'organisme soumis à cette sorte de médication.

Le traitement purement externe ne reagit que peu, au contraire, sur l'ensemble de l'organisme, et cela se conçoit puisque rien n'est absorbé. Cependant, sous ce rapport, il ne doit pas être regardé non plus comme tout à fait innocent, car il réveille assez souvent des troubles sympathiques, lesquels heureusement ont coutume de se dissiper dès l'instant où l'on cesse l'usage des moyens exclusivement externes.

L'application des procédés thérapiques externes sera, si l'on fait abstraction des inconvénients du *modus procedendi*, préférable en général à la médication interne lorsque son application ne sera pas entourée d'obstacles matériels, et si certaines circonstances telles que la périodicité, par exemple, n'indiquent pas formellement une médication interne spécifique.

On se souvient que dans le chapitre qui précède, nous avons considéré successivement à propos de chaque agent thérapeutique son usage interne et son emploi externe. Nous nous proposons de considérer également, dans celui qui va suivre, les applications *générales* et les applications *locales* des différents moyens qui vont faire le sujet de notre étude. Les uns n'auront qu'un usage général (1); — d'autres, les plus nombreux, n'agiront que localement ; —

(1) Il ne faut pas s'étonner de voir figurer dans le traitement *local* des moyens dont l'usage est *général*, c'est-à-dire dont les applications sont étendues à la presque totalité

d'autres enfin seront susceptibles d'être appliqués sur le corps entier ou seulement sur la partie douloureuse, suivant les cas.

Nous essayerons aussi de tracer les *indications* et les *contre-indications* particulières à chaque agent, — et nous ferons connaître toutes les fois que cela nous sera possible, le *mode d'action thérapeutique* que nous croirons devoir attribuer à chacun d'eux.

A. MÉDICATIONS SIMPLES.

La thérapeutique interne, telle que nous l'avons exposée, se compose presque exclusivement d'agents pharmaceutiques. Les agents de la thérapeutique *externe*, au contraire, ont des sources multiples. Nous commencerons par examiner les moyens qui se rapprochent le plus de ceux que nous avons précédemment étudiés.

Irritants.

Mode d'action thérapeutique. — Tous les moyens que nous comprenons sous le titre d'*irritants* agissent essentiellement comme *révulsifs*.

La *révulsion* est pour nous un *travail extraphysiologique, spontané ou provoqué, dont le but ou l'effet est de modifier d'une manière avantageuse un état pathologique préexistant.* Nous disons état pathologique et non *irritation*, comme on le répète encore, sous l'influence sans doute des doctrines surannées de Broussais. Car, s'il est vrai que le travail révulsif, artificiel ou non, soit presque toujours un travail phlegmasique, on ne doit pas pour cela dénier audit processus toute influence sur un état morbide qui ne serait pas inflammatoire.

Il y a plus : d'après MM. Trousseau et Pidoux (1), les irritants cutanés n'agiraient bien évidemment que sur le système nerveux. L'action des révulsifs sur les névralgies le prouve d'ailleurs d'une manière incontestable : il est clair que, dans ce dernier cas, la révulsion ne pourra pas être comprise sous le terme d'*irritation substitutive* (2).

La révulsion n'est pas, comme on le voit, un phénomène aussi simple qu'on le croirait au premier abord, — puisqu'un acte morbide ayant pour résultat une lésion organique appréciable réagit dans certains cas, et cela de la façon la plus positive, sur une affection *sine materiâ*. On met bien en avant, pour faire

de la surface du corps ; — car, nous le répétons encore, l'expression de traitement local que nous avons adoptée parce que nous n'en avons pas trouvé de meilleure, implique pour nous l'idée de moyens qui ne vont pas au-delà des points où ils sont appliqués, quelque étendus qu'ils soient, ou mieux encore d'agents qui ne pénètrent pas par absorption dans l'économie.

(1) *Op. cit.*, t. I, page 502.

(2) Si l'on prenait le mot *irritation* dans le sens de *processus* morbide, comme semble le faire Virchow, la distinction que nous cherchons à établir deviendrait inutile.

concevoir cette action mystérieuse, l'aphorisme d'Hippocrate : *sanguis moderator nervorum ;* mais ce n'est là que l'expression vague d'un fait contestable, et non l'explication du succès de la révulsion dans le traitement des névralgies.

Que si l'on admet que c'est la douleur accompagnant le processus phlegmasique qui seule fait disparaître la douleur nerveuse en opérant une contre-fluxion (Marotte), on aura encore à invoquer un axiome : *dolor sedat dolorem ;* — mais le fait restera, ici comme plus haut, complètement inexpliqué.

Nous nous retrouvons ainsi encore une fois en présence d'un regrettable désaccord, ou au moins d'une absence de liaison logique entre l'action du révulsif, d'une part, (action qu'on nous permettra d'appeler pour un moment *physiologique*) et, d'autre part, les effets *thérapeutiques* qui en sont le résultat.

Cette conclusion ne nous empêchera pas cependant d'exposer avec soin les phénomènes locaux et généraux que produit l'application de chaque espèce de révulsif. Cet exposé nous paraît doublement motivé : les phénomènes dont nous venons de parler peuvent en effet constituer par eux-mêmes une contre-indication qu'il ne faut pas négliger ; — en second lieu, la relation qui nous échappe aujourd'hui se découvrira peut-être plus tard.

Indications. — L'irritation provoquée par les divers irritants variera nécessairement avec la nature de la substance employée et la manière de l'appliquer. Les variations porteront sur l'*intensité* et la *durée,* et l'une ne sera pas toujours en rapport avec l'autre ; ces deux éléments fourniront chacun leurs indications particulières.

Ainsi, les irritants légers, à action fugitive, ne serviront à combattre que des douleurs passagères et de médiocre intensité. — Les irritants faibles, mais à longue portée, s'adresseront aux névralgies peu douloureuses mais tenaces. — C'est aux irritants à courte portée, mais énergiques, qu'on aura recours dans les cas de douleurs aiguës mais encore de fraîche date. — Enfin, on devra produire une irritation violente et prolongée si l'on veut triompher d'un mal intolérable et opiniâtre.

Les irritants répondront, comme on le voit, à toutes les indications qui pourraient se présenter : il n'y a qu'un choix à faire.

Contre-indications. — Les principales et presque uniques contre-indications à leur emploi sont la *douleur* et l'*inflammation* qu'ils occasionnent. Il est des cas où ces inconvénients deviendront assez sérieux pour faire abandonner la médication révulsive : la souffrance fera souvent refuser au patient de se soumettre à des applications répétées de l'agent revulsif, — et l'inflammation de la partie malade, pouvant être suivie d'accidents graves, rendra parfois impossible l'application de l'irritant *loco dolenti* (dans les névralgies oculaires, par exemple).

Maintenant que nous avons présenté les quelques considérations qui précèdent à propos des irritants en général, il nous reste à nous occuper de chacun d'eux en particulier. Nous chercherons à conserver dans cette énumération successive la gradation que nous avons établie plus haut, en faisant observer toutefois que les différents groupes auront entre eux plusieurs points de contact et que leur séparation n'a pour nous rien d'absolu.

PREMIER GROUPE. — *Irritants légers et à courte portée.*

Nous ne parlerons ici que de la moutarde et de quelques autres rubéfiants. Il est beaucoup d'autres agents irritants de la même catégorie, mais ils ne sont pas mis en usage dans les névralgies cérébro-spinales : on les réserve en général pour les névralgies musculaires.

Moutarde. — *Mode d'action thérapeutique.* — Tout le monde connaît les expériences précises faites par M. Trousseau sur les effets physiologiques de la moutarde appliquée sur les téguments.

La douleur que cette application provoque est assez vive et a l'avantage de produire une simple rubéfaction de la peau, lorsqu'on a soin naturellement d'en mesurer l'action. Nous croyons qu'ici c'est plutôt dans la *douleur* que dans l'irritation causée par l'épithème sinapisé qu'il faut chercher la raison des résultats thérapeutiques.

Indications et *mode d'application.* — C'est surtout dans les névralgies intercostales que nous avons eu à nous louer de sinapismes appliqués pendant un quart d'heure environ au niveau de chaque point douloureux.

On peut également obtenir une rubéfaction presque immédiate par des *frictions alcooliques, térébenthinées, ammoniacales, cantharidiennes.* Mais la préférence doit être donnée à la moutarde, dont l'application est plus simple et dont l'effet peut être plus facilement gradué.

DEUXIÈME GROUPE. — *Irritants légers et à longue portée.*

Huile de croton tiglium — *Mode d'action* et *mode d'application.* — Quoiqu'on ait prêté à l'huile de croton tiglium une action dynamique résultant de son absorption, nous n'en parlerons pas ici parce que cette absorption, assez douteuse d'ailleurs, ne rendrait pas compte de ses effets thérapeutiques.

La révulsion produite par une simple onction est très-légère et même quelquefois tout à fait nulle; mais des frictions un peu prolongées amènent à leur suite, au bout d'un temps variable (de six à douze heures), une éruption papulo-vésiculeuse dont les élevures passent quelquefois à la suppuration.

Cette éruption ne laissant presque jamais de traces, peut être employée sur des parties découvertes. Mais il serait dangereux d'étendre l'huile sur la face parce qu'il est difficile de circonscrire son action ; on peut pourtant parvenir à

la localiser et à la graduer par le procédé de M. Lafargue (de St Émilion), que nous avons déjà fait connaître. — Quand on l'applique en frictions, on doit, lorsqu'on a affaire à des peaux délicates, diminuer son énergie en l'étendant avec de l'huile d'amandes douces ou de la glycérine.

Indications. — On l'emploie assez rarement dans les névralgies; elle conviendrait, comme la moutarde, pour les névralgies *intercostales*. Elle réussit plus particulièrement dans les *douleurs névralgiformes symptomatiques* d'une irritation pleuropneumonique superficielle.

Poix de Bourgogne.—*Indications* et *mode d'application.*—Des applications permanentes d'*emplâtre de poix de Bourgogne* ont été employées, à cause de leur action lente mais prolongée, contre des douleurs névralgiques sourdes et anciennes: c'est ainsi que la *culotte du bourreau de Lyon,* qui n'est qu'un vaste emplâtre de poix de Bourgogne enveloppant complétement le membre malade, a pu guérir des *sciatiques* restées rebelles aux traitements les plus énergiques. — Mais c'est dans les *névralgies musculaires* qu'on s'en est servi avec le plus d'avantage.

Mode d'action thérapeutique. — Nous croyons que ce succès doit être imputé à l'influence qu'exerce cette révulsion lente, non pas directement sur la douleur, mais sur le travail congestif ou phlegmasique qui est le résultat presque inévitable d'une stimulation douloureuse de longue durée.

Révulseur de Baunscheidt. — Cet instrument, appelé aussi *dermabioticon* (vivificateur de la peau), a été inventé en 1848, par un mécanicien allemand dont il porte le nom.

Il se compose essentiellement d'une tige jouant dans une canule et terminée à l'une de ses extrémités par un ressort fixé sur un disque de plomb dans la face libre duquel sont implantées quarante aiguilles parallèles de 2 centimètres de longueur.

Mode d'application. — On applique sur la peau l'orifice de la canule correspondant aux aiguilles, on opère une traction sur l'extrémité libre de la tige pour tendre le ressort, — puis on lâche subitement cette extrémité, et le ressort en revenant sur lui-même enfonce les aiguilles dans la peau. On produit ainsi en quelques instants des piqûres nombreuses et plus ou moins profondes.

L'action de cet instrument est augmentée par l'application sur la peau criblée d'une huile irritante (*oleum Baunscheidtii*) ayant pour base le *sinapis nigra* et le *piper nigrum.*

Mode d'action thérapeutique. — L'invention du *réveilleur de vie* a soulevé en Allemagne un véritable enthousiasme dont plusieurs médecins n'ont même pu se garantir. Il n'a été expérimenté en France que dans ces dernières années.

D'après M. Gibert, cet instrument produirait les effets immédiats suivants: « fluxion, rubéfaction circonscrites de la peau, excitation des nerfs et des

vaisseaux cutanés, phlogose superficielle, et, consécutivement, apparition d'une éruption vésico-pustuleuse confluente d'une durée d'un septénaire, suivie d'une desquammation sans cicatrices. »

Son application ne détermine qu'une douleur insignifiante.

Une couche d'huile de Baunscheidt étendue sur les piqûres provoque au bout de quelques minutes l'apparition de petites vésicules au niveau des points acupunctures.

M. Leroy de Méricourt (1) a constaté qu'un mélange de 1/3 d'huile de croton et 2/3 d'huile d'olive produit les mêmes résultats.

D'après M. Gibert, le réveilleur de vie aurait sur les autres moyens ordinaires de révulsion les avantages suivants :

Il éviterait la diphthérite cantharidienne, — la suppuration, — la douleur. Il n'est nullement effrayant, — il agit instantanément, — son application peut être étendue et répétée à volonté, — il n'exige aucun pansement. Ses effets se rapprocheraient assez, comme on le voit, de ceux de l'électrisation.

Indications. — Des névralgies *musculaires* anciennes auraient cédé à son emploi. Quant aux névralgies des conducteurs nerveux, M. Leroy de Méricourt, qui l'a essayé dans deux cas de névralgies sciatiques rebelles à de nombreux moyens précédemment employés, dit n'en avoir retiré aucun avantage sensible, tandis que la faradisation a triomphé en quelques séances de la douleur névralgique. Il a noté le même insuccès dans deux cas de gastralgie anémique.

Ce moyen n'a donc rien de spécifique : c'est seulement un moyen de révulsion de plus, dont nous avons fait connaître les indications en en signalant les avantages.

Troisième groupe. — *Irritation vive et à courte portée.*

L'électrisation est à peu près le seul moyen capable de produire instantanément une révulsion à la fois violente et momentanée. Comme telle, elle devrait être placée en tête de notre troisième groupe : mais l'absence presque complète d'irritation tégumentaire, absence qui fait comprendre la fugacité de son action, ne nous permet pas de ranger l'électricité parmi les irritants. Aussi la passerons-nous ici sous silence pour nous en occuper plus tard, à la suite du calorique.

Vésicatoires. — Les vésicatoires sont des irritants énergiques dont l'action est assez peu durable pour que nous puissions les faire rentrer dans l'avant-dernière des divisions que nous avons établies.

La *vésication* peut s'obtenir par les différents procédés précédemment indiqués au sujet de la méthode endermique. Mais ici nous nous attacherons pour

(1) Note sur l'emploi du révulseur de M. Ch. Baunscheidt, *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 342 et suiv., — p. 402 et suiv.

ainsi dire exclusivement à celle qui résulte de l'application sur la peau d'un onguent ou d'un emplâtre *cantharidé;* à part l'*ammoniaque*, qu'on emploie dans quelques cas rares où l'on veut obtenir une révulsion presque instantanée, on n'a guère recours à d'autres agents épispastiques, quand le seul but qu'on se propose est d'opérer à la peau une vésication révulsive.

Mode d'action thérapeutique. — Il faut observer d'abord que le vésicatoire d'emplâtre cantharidé possède une action complexe dont plusieurs éléments doivent être, non-seulement négligés, mais même écartés autant que possible. Un seul est important à conserver : c'est l'action locale irritante.

Les effets successifs de l'application de l'épispastique sont : 1° la *rubéfaction*, 2° la *vésication*, 3° l'*ulcération*.

Nous avons déjà parlé du premier degré ; nous devons actuellement considérer les deux autres.

La *vésication* passagère, en provoquant une sécrétion séro-albumineuse par l'effet d'une inflammation spéciale de la surface du derme, est à la fois légèrement spoliative et irritante. Mais si l'on détermine à la surface dénudée une irritation formative d'abord, puis une suppuration abondante, alors les couches plus profondes du derme s'entreprennent, l'ulcération se produit, et la déperdition devient plus considérable.

Le vésicatoire entretenu sera donc toujours plus énergique et surtout plus persistant dans son action que le vésicatoire volant.

Indications. — En conséquence, le vésicatoire *volant* sera préféré dans les cas où la douleur superficielle et peu tenace ne demande que des moyens anodins. Le vésicatoire *suppuré* seul réussira à enlever la douleur névralgique, lorsque celle-ci sera fixe, profonde et opiniâtre.

Les applications répétées de vésicatoires volants équivaudront-elles à l'entretien du vésicatoire primitivement appliqué? Non. La révulsion douloureuse domine dans le premier cas, la spoliation dans le second. Il en résulte que le premier moyen s'appliquera plus spécialement aux névralgies de date récente dont n'aura pu triompher le premier vésicatoire volant, tandis que le second conviendra mieux dans les névralgies anciennes où il faut combattre non-seulement l'élément purement douloureux, mais encore et surtout la congestion chronique qui empêche le mal de disparaître.

Valleix accorde toujours la préférence aux vésicatoires volants appliqués sur les points douloureux. Il les tient pour supérieurs à toutes les autres médications. Il signale 39 guérisons complètes sur 52 cas; de 13 malades restants 7 ont été soulagés et 6 n'ont éprouvé aucune amélioration dans leur état.

Valleix rejette sur un défaut de persévérance l'échec qu'a subi dans ces cas son moyen de prédilection.

S'il y a dans ces résultats une chose qui doive nous étonner, c'est qu'un si petit nombre de malades aient reculé devant l'emploi d'un tel moyen ; car si

un vésicatoire volant semble facile à supporter, il n'en est pas de même des applications répétées coup sur coup, dans tous les points du corps où la douleur se concentre, d'un nombre quelquefois considérable de vésicatoires. Or, ce n'est qu'en poursuivant ainsi avec acharnement la douleur névralgique dans tous les lieux où elle apparaît et aussi longtemps qu'elle se montre rebelle que Valleix, dans bien des cas, a pu se vanter d'obtenir un succès acheté bien cher. Ajoutons que de l'aveu de Valleix lui-même, le vésicatoire appliqué sur un point névralgique excite une douleur beaucoup plus cuisante que lorsqu'il agit sur une partie saine.

Il est d'ailleurs des points, à la face et au cou, par exemple, où l'application d'un vésicatoire, même d'un vésicatoire volant, ne serait pas toujours autorisée par le patient, malgré la violence de ses douleurs; dans ces points, le vésicatoire a souvent aussi l'inconvénient de provoquer des adénites. Enfin, pour peu qu'elle ait une certaine étendue, la vésication donne lieu à une action générale dynamique se rapportant à la stimulation et à l'excitation (Journez), et cette action dynamique qu'on ne peut pas toujours éviter, est plutôt nuisible qu'avantageuse.

Nous concluons de tout ce qui précède, que les indications du vésicatoire devront être restreintes, que le vésicatoire volant rendra quelques services dans la névralgie *intercostale*, et que le vésicatoire suppuré pourra quelquefois guérir la névralgie *sciatique*.

Mode d'application. — Nous ne nous arrêterons pas sur la façon d'appliquer un vésicatoire, que tout le monde connaît : nous dirons seulement que l'on doit toujours préférer l'emplâtre préparé avec la poudre de cantharides à celui qu'on obtient avec la cantharidine (Journez) et que ces vésicatoires, d'une étendue variable suivant la circonscription de la douleur, doivent recouvrir les points les plus douloureux, et, à défaut de ceux-ci, le point accessible le plus voisin de l'origine du nerf.

Quant à la douleur qu'ils occasionnent, M. Piédagnel a cherché à l'éviter en mêlant à la poudre de cantharides de l'*hydrochlorate de morphine* dans la proportion de 1 partie sur 4. Il a remarqué que l'action dynamique de la morphine était nulle lorsque la dose d'alcaloïde n'était pas trop considérable; nous avons essayé ce moyen, mais nous n'en avons pas obtenu les résultats annoncés par le médecin de l'Hôtel-Dieu.

Quatrième groupe. — *Irritation vive et à longue portée.*

Dans cette classe, où nous aurions pu faire rentrer aussi le vésicatoire suppuré, nous rangeons l'*émétique* en applications locales et la *cautérisation*.

Émétique. — *Mode d'action thérapeutique.* — L'*émétique*, dissous dans l'eau ou incorporé à l'axonge, produit par son application sur la peau, au bout

d'un temps assez variable (ordinairement deux à trois jours), une éruption pustuleuse. Celle-ci n'est pas constante. M. J. Guérin a même rencontré des malades dont le tégument était, dans certains points, absolument réfractaire à l'irritation stibiée.

Cette éruption, lorsqu'elle vient à se produire, ne se fait pas sans une vive inflammation, et c'est cette inflammation même qui opère sur la névralgie une révulsion salutaire.

Indications et contre-indications — On emploie assez rarement le tartre stibié dans le traitement des névralgies, parce que son action ne se circonscrit pas facilement dans un trajet linéaire, que l'évolution des pustules s'accompagne de vives souffrances, et qu'enfin, en s'ulcérant, ces pustules laissent des traces profondes. On est parvenu cependant, par les procédés que nous allons faire connaître, à parer au premier de ces inconvenients.

Mode d'administration. — Les moyens qu'on emploie le plus ordinairement sont des frictions pratiquées avec une *pommade stibiée* (4 à 8 parties d'émétique pour 32 d'axonge). On a prétendu qu'en faisant dissoudre d'avance l'émétique dans un peu d'eau on n'obtenait pas d'éruption pustuleuse ; mais nous nous sommes assuré qu'on ne pouvait poser aucune règle à cet égard. On prescrit encore un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré avec 8 à 16 grammes d'émétique suivant l'étendue de l'emplâtre. Quelques médecins incorporent l'émétique à l'huile ; d'autres se servent d'une solution aqueuse concentrée. M. Lafargue (de St-Emilion) a employé cette dernière pour pratiquer l'*inoculation stibiée*. Quelques minutes après l'introduction du médicament, la piqûre se couvre d'une papule qui se transforme en pustule vingt-quatre heures après.

M. Debourge (de Rollot) a ajouté à ce procédé une modification des plus avantageuses. La pustule une fois formée, il applique soit une goutte de la même solution, soit un peu de pommade stibiée sur la pustule elle-même, en déchirant ou non l'épiderme. Sous l'influence de cette nouvelle application, qu'on renouvelle plusieurs fois dans la journée et plusieurs jours de suite, la suppuration s'entretient et la pustule s'agrandit.

L'inoculation pure et simple permettait déjà de circonscrire l'action de l'émétique : le procédé de M. Debourge fournit le moyen d'augmenter graduellement son énergie. La méthode *stibio-dermique* devient ainsi, par ce double perfectionnement, un moyen puissant qui est appelé à rendre des services, et auquel M. Debourge devrait déjà la guérison de certaines névralgies, entre autres d'une sciatique très-douloureuse, d'une gastralgie, et d'une névralgie du cœur.

Cautérisation —Pour apporter plus de méthode dans l'étude de ce moyen, nous étudierons séparément le *cautère* et la *cautérisation proprement dite*.

a) *Cautère.*

Mode d'action thérapeutique. — Le *cautère* est un révulsif qui ne s'établit pas sans une vive douleur, et dont l'action directe intéresse *longuement* et *profondément* les tissus tégumentaires. Ses effets physiologiques et son mode d'action ne sont autres que ceux d'un vésicatoire entretenu, mais avec les deux différences que nous venons d'indiquer, différences qui donnent au cautère une énergie beaucoup plus grande.

Indications et contre-indications. — Il en résulte que ce dernier trouvera son indication dans la plupart des cas où le vésicatoire suffisamment entretenu n'aura donné que des résultats négatifs ou insuffisants. Il faudra en outre que la douleur ait une grande intensité pour qu'on se décide, même dans ces circonstances, à recourir à l'établissement d'un cautère, car, dans le cas contraire, la souffrance et la gêne causées par celui-ci sont assez insupportables pour qu'on leur préfère encore la douleur névralgique.

Plus encore que pour le vésicatoire, il existe pour le cautère des points du corps où l'on ne peut pas l'appliquer.

Mode d'application. — On peut ouvrir un cautère de différentes façons, et chacun de ces genres d'application a ses indications particulières.

Voudra-t-on obtenir une révulsion énergique et presque immédiate, mais d'une durée limitée, on fera usage du bistouri.

Désirera-t-on, au contraire, agir moins fortement, mais prolonger plus longtemps l'action du révulsif, on rejettera l'incision pour avoir recours au vésicatoire dont on entretiendra la suppuration par un pois à cautère animé d'onguents irritants.

Se trouvera-t-on enfin dans la nécessité de produire une irritation vive, durable, et plus étendue en profondeur qu'en surface, ce sont les caustiques potentiels que l'on devra choisir.

Nous ne parlons pas ici du cautère actuel sur lequel nous reviendrons bientôt.

Les indications que nous venons de tracer ne pourront pas toujours être suivies parce que les malades refuseront assez souvent de se soumettre à l'application du procédé dont on aura fait choix.

Celui qu'ils accepteront d'habitude avec le moins de répugnance, mais qui, malheureusement, est le plus défectueux, c'est le vésicatoire suppuré au milieu duquel le pois à cautère se creusera peu à peu une loge par des applications réitérées.

Une modification a été apportée à la pratique suivant laquelle on établit ordinairement un cautère. Cette modification a pour but de permettre beaucoup plus souvent la cautérisation potentielle en la rendant moins douloureuse. Elle consiste dans l'addition à la poudre de Vienne d'un quart d'hydrochlorate de

morphine; ce mélange, qui doit être intime, se fait à sec ; puis on en fait une pâte en y ajoutant du chloroforme, de l'alcool ou de l'eau.

M. Piédagnel, qui a imaginé cette composition, prétend qu'elle détermine une escharre sans causer de douleur, et sans donner lieu à aucun phénomène d'intoxication morphique. Mais cette *cautérisation anesthésique locale*, comme il l'appelle, ne laisse pas que de produire encore une vive douleur, et n'ôte rien de la cuisson intense qui succède ordinairement à la formation de l'escharre.

b) *Cautérisation proprement dite.*

Nous venons de voir que le cautère est employé surtout dans le but d'ouvrir un exutoire et d'entretenir par là une révulsion forte et prolongée. Dans la *cautérisation*, au contraire, on cherche des résultats immédiats; c'est l'analogue du vésicatoire volant, comme le cautère est celui du vésicatoire suppuré.

Leurs *indications* relatives seront donc celles de ces deux genres de vésicatoires, à part l'intensité plus grande de leur action.

La cautérisation se pratique au moyen de divers agents en tête desquels il faut placer le *calorique*.

Calorique. — Cet agent irritant peut, à lui seul, développer tous les degrés d'irritation. Mais nous laisserons à peu près de côté la rubéfaction produite par l'eau chaude, la vésication due au marteau de Mayor, l'escharification résultant du moxa, etc., pour ne considérer que la forme pour ainsi dire exclusive sous laquelle on l'applique au traitement des névralgies : la *cautérisation actuelle*, comprenant les *pointes de feu* et la *cautérisation transcurrente*.

Mode d'action thérapeutique. — Toutes deux produisent une douleur subite, aiguë, mais passagère, suivie après l'opération d'une souffrance relativement modérée. Elle donne lieu en même temps à une inflammation très-vive allant jusqu'à l'escharification de la peau, à laquelle succède toujours une assez longue suppuration.

Indications et contre-indications. — On comprend quels sont les avantages d'un agent qui provoque une telle révulsion. Aussi sera-t-on autorisé, dans presque tous les cas de névralgies cérébro-spinales idiopathiques intenses et rebelles, à appliquer le cautère actuel sur le trajet des nerfs douloureux.

Les *pointes de feu*, dont l'action est moins étendue, mais plus profonde que celle des raies, seront opposées à des douleurs ayant pour siége des portions très-circonscrites de cordons nerveux enfouis dans l'épaisseur des tissus, tandis qu'on se contentera de tracer sur la peau, à l'aide du fer chauffé à blanc, les *lignes* suivant le plus exactement possible le trajet du nerf malade, lorsque celui-ci sera superficiel et qu'on aura lieu de supposer que la douleur est moins tenace.

L'opération aura évidemment plus de chances de succès si les douleurs occu-

pent toujours les mêmes trajets; mais, contre l'opinion de M. Jobert, on a vu des névralgies mal circonscrites, à points douloureux variables, céder également à l'emploi du feu (Valleix).

Des deux méthodes de cautérisation, l'application ponctuée de feu est la plus ancienne et elle a donné plus d'un succès : Valleix parle, entre autres, d'une sciatique fixée à la plante du pied, qui a cédé instantanément et définitivement à une cautérisation profonde pratiquée au niveau du nerf plantaire interne avec un cautère en roseau.

Cependant, depuis les essais de M. Jobert (de Lamballe), c'est à la *cautérisation transcurrente* qu'on a le plus habituellement recours.

M. Fleury (1), en signalant les résultats remarquables qu'il en a obtenus, a contribué à faire adopter ce mode de cautérisation. Valleix lui-même qui, dans les premiers temps, avait dans ce moyen une très-médiocre confiance, lui a rendu plus tard la justice la plus complète. Il a reconnu vers la fin de sa carrière que la cautérisation transcurrente avait sur le vésicatoire les avantages « d'une application moins souvent répétée, puisque, dans un peu plus des deux tiers des cas, une seule a suffi, d'une douleur beaucoup moindre, puisqu'on peut éthériser le malade, d'une efficacité plus grande, puisque des névralgies qui avaient résisté au vésicatoire ont été enlevées par le cautère actuel, enfin, d'une guérison plus rapide (2). » Il lui reconnaît, en un mot, « une supériorité incontestable sur le vésicatoire (3). »

Il est vrai qu'à côté de ces avantages, qui sont réels, il y a par-dessus tout son apparence effrayante et la terrible appréhension qu'elle fait naître, puis la douleur vive qu'elle entraîne lorsque l'anesthésie est impossible.

Mode d'application. — La cautérisation transcurrente se pratique d'une manière très simple : elle se fait avec un petit cautère en fer de hache, presque tranchant et chauffé à blanc, que l'on promène sur la peau avec lenteur et légèreté le long du trajet présumé du nerf; on s'arrête un peu plus au niveau des points les plus douloureux. Puis on recouvre la partie d'un linge cératé et d'un pansement simple. Valleix, qui ne fait qu'*effleurer* la peau, applique simplement des linges imbibés d'eau froide.

Nous venons de dire qu'on suivait autant que possible le trajet du nerf. Mais on a proposé, il n'y a pas encore bien longtemps, d'appliquer le cautère loin du point malade. M. Malgaigne a pratiqué la cautérisation de l'*hélix* pour guérir des névralgies sciatiques.

(1) *Traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente,* in *Union médicale.* Octobre 1847.

(2) *Compendium de médecine pratique,* T. VI, page 184.

(3) Il est regrettable que Valleix ait reconnu si tardivement son erreur. C'est parce qu'elle est restée consignée dans son livre et que les praticiens pourraient lui accorder créance que nous nous sommes élevés plus haut contre ses premières assertions.

L'efficacité de ce moyen a été fortement contestée. Les succès qu'on prétend en avoir obtenus ne tiendraient en tout cas à nulle autre chose qu'à la révulsion violente causée par la douleur, et une pointe de feu appliquée dans tout autre point de l'économie aussi sensible que l'hélix, donnerait à coup sûr les mêmes résultats. C'est au moins ce que feraient croire les expérimentations de M. Duchenne (de Boulogne).

Nous avons à mentionner, à la suite du cautère actuel ordinaire, un procédé de cautérisation d'invention toute moderne qui nous paraît destiné à prendre rang dans la thérapeutique des névralgies : c'est la *galvano caustique.*

Heider (de Vienne), eut en 1844 l'idée d'appliquer à la thérapeutique externe la chaleur développée par une pile à courant constant. Parmi les chirurgiens français, MM. Nélaton, Amussat fils et Tavignot ont fait de ce moyen nouveau l'objet de leurs expériences. Mais c'est à M. Middeldorpff, professeur à Breslau (1855), que l'on doit la découverte de procédés simples et aisément praticables qui ont considérablement étendu le champ d'application de la galvano-caustique.

L'appareil de M. Middeldorpff se compose essentiellement d'une pile de Graef et de cautères galvaniques; on peut, par un mécanisme particulier, interrompre et rétablir le courant.

« La cautérisation galvanique, dit M. Broca (1), peut, dans tous les cas, remplacer, et presque toujours avec avantage, le cautère actuel. » Nous n'entrerons pas dans l'énumération de ces avantages : nous dirons seulement qu'en ce qui regarde la cautérisation appliquée au traitement des névralgies, la galvano-caustique a sur les autres cautérisations le grand avantage de ne pas effrayer les malades, d'être graduée à volonté, d'agir d'une manière instantanée, enfin de pouvoir être appliquée à l'aise sur le point précis du mal.

Des *substances chimiques*, autres que la potasse caustique ou la pâte de Vienne, sont encore employées, mais plus rarement que le feu, pour produire la cautérisation proprement dite. Elles sont moins effrayantes que le fer rouge et causent une souffrance moins aiguë, mais elles donnent une plus grande somme de douleur à cause de la lenteur de leur action.

Tels sont les acides minéraux concentrés : acide sulfurique, acide nitrique, nitrate d'argent, caustique de Filhos.

Mode d'application. — Legroux (2) et M. Dubourg ont traité des névralgies par ce moyen, et ont réussi dans plusieurs cas de sciatiques. Ils avaient fait choix de l'*acide sulfurique* pour opérer la cautérisation. Voici quel était leur *modus operandi*. Un pinceau d'ouate ou mieux de charpie est imbibé du liquide

(1) Rapport sur la méthode galvano-caustique de M. Middeldorpff, lu à la Société de chirurgie de Paris.

(2) *Bulletin de thérapeutique.* Septembre et octobre 1852.

caustique et passé rapidement sur les foyers douloureux, d'abord de haut en bas, puis de bas en haut; on dépasse dans cette dernière direction le point de départ pour étaler l'acide qui s'est accumulé à l'endroit où le pinceau a d'abord été appliqué. On se sert d'acide étendu pour les névralgies légères, d'acide concentré pour les cas rebelles. La cautérisation pratiquée, on humecte légèrement la partie et on l'entoure d'une couche d'ouate.

M. Hamon a guéri des névralgies viscérales par la cautérisation radiée pratiquée avec l'*acide nitrique*.

M. Marotte fait usage du crayon de *nitrate d'argent*. — M. Bourguignon propose le *caustique de Filhos*.

Indications. — On a recours à ces différents caustiques lorsque le malade se refuse opiniâtrement à laisser pratiquer la cautérisation actuelle. Ils sont moins efficaces que cette dernière.

Les *moxas* sont d'un usage très-restreint, quoique certains praticiens, et entre autres Barras (1), aient eu en eux une assez grande confiance. Le dernier auteur recommande seulement de les appliquer sur le nerf affecté, point sur lequel ils ne produisent qu'une sensation particulière assez peu douloureuse, tandis qu'appliqués dans un point éloigné, ils occasionnent les plus vives souffrances sans diminuer en rien la douleur névralgique.

Électricité.—Nous abordons ici l'étude d'un agent dont l'action thérapique mystérieuse et puissante ne s'est révélée que depuis un peu plus d'un siècle. L'insuffisance des appareils retarda longtemps la découverte de ses plus utiles applications. Mais, dans ces derniers temps, des recherches poursuivies spécialement dans un but médical ont étendu prodigieusement, par les modifications qu'elles ont apportées aux appareils primitifs, l'usage thérapeutique de l'électricité.

On sait que l'électricité se présente sous deux formes : *statique* et *dynamique*.

Le première de ces formes, la seule primitivement connue, ne rentre guère dans le domaine médical. Giacomini (2) attribue cependant au bain électro-négatif une influence hyposthénisante.

C'est de la seconde qu'on fait usage. Celle-ci est elle-même de deux espèces différentes. La première a reçu le nom de *galvanisme ;* la deuxième, dont la découverte est due au physicien Faraday a été désignée par M. Duchenne (de Boulogne), sous le nom de *faradisme*.

Le livre publié par ce médecin sur l'électrisation localisée (3), et ceux de

(1) *Traité sur les gastralgies et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins*. 2e édit. Paris, 1827, p. 5 et suiv.

(2) *Bibliothèque du médecin praticien*. Paris, 1850, t. XIV, page 90.

(3) *De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique*. Paris, 1855.

M. Gavarret (1), et Becquerel (2), ont porté si haut et si loin le pouvoir de la faradisation que le galvanisme, à la suite de ces travaux, a été presque entièrement relégué en dehors de la pratique médicale où Sarlandière et Magendie étaient cependant parvenus à lui créer un rang assez distingué.

Il y a quelques années, le galvanisme a été remis en honneur par un médecin allemand, M. Remak (3). C'est à lui surtout que revient l'honneur d'avoir étudié savamment et longuement les propriétés physiques et thérapeutiques de l'électricité galvanique, et d'avoir ainsi contribué à tirer d'un abandon immérité un mode d'électrisation qui conservera toujours, à côté du faradisme, ses attributions et ses avantages particuliers.

Étudions d'abord les applications du galvanisme au traitement des névralgies.

a) *Galvanisme.*

Mode d'action thérapeutique. — Une des principales raisons pour lesquelles on a rejeté de la pratique médicale les *courants galvaniques constants*, c'est que ces courants auraient pour effet d'amener une désorganisation des tissus (vésication ou cautérisation), quand on veut agir avec une grande intensité, tandis que les courants induits interrompus n'amèneraient à la peau qu'un peu d'érythème ou de petites élevures.

M. Remak prétend cependant que les phénomènes *objectifs* produits par l'électricité galvanique appliquée convenablement sont simplement la chair de poule d'abord, puis de la rougeur, puis des vésicules et des papules. Les effets *subjectifs*, d'après le même auteur, sont loin aussi d'être une contre-indication à l'emploi des courants constants. Il dit en effet, dans une note écrite en novembre 1859 (4), qu'il lui semble résulter des observations faites par lui depuis un an, que les nerfs sensitifs n'offrent de sensations qu'à l'entrée, à la sortie, ou aux oscillations du courant. « Si l'on évite ces conditions, ajoute-t-il, on peut laisser agir, même sur des nerfs cutanés, des courants très-forts *sans produire une sensation.* »

Quant aux phenomènes généraux, il a observé qu'ils sont plus marqués lorsqu'on emploie la galvanisation que si l'on a recours aux courants induits; mais cette action dynamique ne serait qu'un avantage de plus, car elle se traduit par une sédation nerveuse et par un sommeil plus calme. Enfin, pour ce qui regarde les effets définitifs de la galvanisation, M. Remak est convaincu qu'une action *labile* du courant peut produire, au delà de certaines limites, une diminution

(1) *Traité d'électricité médicale.* Paris, 1857-1858.

(2) *Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale.* Paris, 2e édition, 1860.

(3) *Op. cit.*

(4) *Op. cit.*, page 41.

de l'excitabilité, que cette dépression soit une conséquence des oscillations mêmes, ou seulement des actions *stabiles* du courant qui accompagnent ces oscillations.

MM. Matteucci (1), Longet et Becquerel ont en effet constaté qu'un courant direct et continu produit, lorsqu'il est assez énergique et qu'il est appliqué pendant dix minutes sur un nerf, une dépression notable de la sensibilité et de la motilité du nerf. Mais cette anervie est peu durable, et l'application d'un courant inverse peut ramener immédiatement à son taux normal l'excitabilité du nerf. Si le courant constant est très-énergique, l'insensibilité persiste longtemps après l'électrisation, et ne disparait plus lorsqu'on change la direction du courant.

Les courants induits, dont l'action consiste dans des alternatives rapides et dans des interruptions plus rapides encore, ne font qu'augmenter, d'un côté, l'excitabilité, et déprimer, de l'autre, la faculté fonctionnelle du nerf (Remak).

Si l'on s'en rapporte à cette dernière observation, les courants constants devraient, dans le traitement des névralgies, être appliqués de préférence à la faradisation, car on doit avoir spécialement en vue, pour tout ce qui est douleur névralgique, de réduire l'excitabilité nerveuse sans altérer les fonctions du nerf. Si l'on voulait agir avec les courants faradiques dans le même sens qu'avec les courants constants, il faudrait donner le plus de rapidité possible aux interruptions du courant, pour en faire une espèce de courant continu. Il paraît même que les courants de premier ordre des machines volta-électriques administrés d'une manière continue, ont la même action anesthésiante que les courants galvaniques continus.

L'application de ces moyens constitue la *méthode anesthésique.*

Mais M. Duchenne ne considère dans l'action médicatrice des courants induits que leur effet *révulsif* résultant de la douleur aiguë qu'ils provoquent, et ces douleurs vives, d'après Remak, ne laissent pas que d'être un inconvénient sérieux de l'emploi des courants faradiques.

La galvanisation jouit en outre d'une vertu remarquable que les courants induits ne possèdent qu'à un bien plus faible degré. C'est son action *électro-lytique.* Mais cette propriété ne trouvant pas son application dans les névralgies idiopathiques, nous nous contenterons de la signaler ici, nous proposant d'y revenir plus tard au sujet de certaines névralgies symptomatiques justiciables de cette action.

Indications. — M. Remak a combattu avec avantage, au moyen des courants induits, des névralgies cérébro-spinales idiopathiques. Mais il avoue que dans les névralgies purement idiopathiques, c'est à-dire qui ne sont accompagnées d'aucune lésion locale, le courant induit offre des avantages réels sur le cou-

(1) *Traité des phénomènes électro-physiologiques des animaux.*

rant galvanique constant. C'est donc seulement lorsqu'on aura à traiter des *névralgies symptomatiques* que se présenteront les indications les plus générales de ce dernier genre de courants.

Mode d'application. — L'appareil dont se sert M. Remak est essentiellement composé de dix batteries formées de 40 à 60 éléments de Daniell qu'il préfère à ceux de Grove et de Bunsen parce qu'ils donnent lieu à un dégagement plus constant d'électricité. A ces éléments sont reliés vingt-et-un fils conducteurs et un graduateur (*stromwaehler*), c'est-à-dire un appareil donnant à volonté la force de courant qu'on désire se procurer. Deux courbes à ressort, à manches d'ivoire, peuvent être mises en rapport avec chacun des vingt et un fils conducteurs, et fournir à volonté un courant de 1 à 100 éléments.

L'appareil est complété par un manche de bois supportant des tiges métalliques percées de trous dans lesquels on introduit les fils conducteurs qu'on y fixe à l'aide d'une vis de pression. Sur ces tiges, on peut visser des boutons et des appareils de toute forme et de toute grandeur.

Lorsqu'on veut faire fonctionner l'appareil, on enveloppe les rhéophores de linge ou d'éponge trempés dans l'eau de pluie ou l'eau distillée. La peau de la partie malade a été préalablement nettoyée et séchée.

On ne doit guère aller au delà de 60 éléments Daniell. La force moyenne que l'on doit donner au courant est de 20 à 30 éléments.

La durée ordinaire de chaque séance est de 8 à 10 minutes. Au reste, M. Remak indique, comme guide de la force à donner au courant dans le traitement des névralgies, le malaise plus ou moins grand que provoquent les courants douloureux.

On voit, par la description que nous venons de donner, que cet appareil à courant continu, ne pouvant manœuvrer qu'à l'aide de la pile, est peu commode et nullement portatif. C'est là, croyons-nous, une cause de plus à ajouter à celles qui ont amené le discrédit de l'électricité galvanique, et qui ont fait au contraire la fortune des appareils électro-magnétiques. On a obvié en partie à cet inconvénient.

Le docteur Hoffmann (de Berlin), a inventé récemment une *brosse volta-électrique,* donnant un courant continu, et qui est d'une application beaucoup plus facile, mais beaucoup moins énergique et moins précise que celle de l'appareil de Remak.

La *chaîne de Pulvermacher,* la *pile à rubans de M. Duchenne* fournissent encore des courants constants, mais elles sont passibles du même reproche que l'appareil du docteur Hoffmann. Elles ne conviendront guère qu'au traitement des névralgies faciales et de la migraine, parce qu'il ne serait pas prudent de soumettre les parties malades soit à l'action anesthésiante d'un courant galvanique continu plus énergique, soit à l'action révulsive d'un courant interrompu, qui n'agirait qu'à la condition de lui donner une intensité dangereuse.

b) *Électricité d'induction.*

Sa découverte est due, avons-nous dit, à un physicien anglais, Faraday; mais c'est M. Masson qui trouva, en 1857, le moyen d'établir des intermittences dans les courants faradiques et d'appliquer le premier ces courants au traitement des maladies. Les travaux de M. Henri, de Philadelphie, qui parvint à produire un deuxième courant d'induction, donnèrent un nouvel essor à l'emploi de l'électricité faradique.

On s'aperçut d'abord que les courants induits paraissaient doués d'une propriété excitante qui devait trouver naturellement ses indications dans les hyposthénies nerveuses.

Aussi est-ce dans les paralysies que les courants faradiques ont donné des résultats véritablement merveilleux. Mais leur application s'est étendue, entre les mains de M. Duchenne (de Boulogne), aux affections douloureuses des nerfs.

Mode d'action thérapeutique. — D'après ce que nous avons dit au sujet de l'électricité galvanique, M. Remak rapporte à l'*action sédative* qu'elle exerce, non sur les fonctions, mais sur l'excitabilité morbide des nerfs, l'efficacité des courants constants dans le traitement des névralgies.

M. Duchenne n'accorde, au contraire, à ses courants induits interrompus qu'une *action perturbatrice* violente qui serait tout simplement le résultat de la douleur. Cette douleur artificielle ferait disparaître, par une espèce de *substitution*, la douleur névralgique préexistante.

Cette dernière manière de voir, qui nous semble parfaitement en accord avec les faits signalés par cet auteur, rapprocherait l'électricité faradique de la *cautérisation*, sur laquelle elle conserverait toutefois trois avantages : 1° celui de pouvoir graduer à volonté l'intensité de l'excitation cutanée ; 2° l'instantanéité de la douleur ; 3° l'absence de toute lésion tégumentaire.

D'un autre côté, cette interprétation mettrait, à efficacité égale, les courants faradiques interrompus bien au-dessous du courant galvanique constant dans le traitement des névralgies, puisque la dernière ne donnerait qu'au prix d'une douleur aiguë et inévitable le résultat que l'action sédative du courant galvanique permettrait d'obtenir sans souffrance.

Indications. — Malgré l'inconvénient que nous venons de signaler, tous les médecins ont obtenu de la *fustigation électrique* pratiquée au moyen des courants interrompus du deuxième ordre des guérisons inespérées dans diverses espèces de névralgies *idiopathiques.*

Des sciatiques ayant résisté à la cautérisation transcurrente, voire même à la triomphante cautérisation de l'hélix, ont cédé à l'excitation électro-cutanée appliquée sur des points très-sensibles du corps (la sous-cloison nasale, par exemple), ou mieux encore *loco dolenti.* M. Duchenne (de Boulogne) recommande

de ne pas faire pénétrer profondément l'excitation faradique, parce qu'alors la névralgie s'aggrave au lieu de se calmer.

Nous aurons plus tard à mentionner son action contre les névralgies musculaires. Quant aux névralgies symptomatiques, elle échouerait presque complétement, à l'inverse de l'électricité galvanique, dans les cas où la douleur se rattache à une lésion matérielle du nerf.

Mode d'application. — Les procédés de faradisation les plus fréquemment employés contre les névralgies sont ceux où l'on a recours à des corps métalliques pleins, et surtout des *vergettes* composées de fils métalliques, adaptés à des manches isolants. On promène les premiers sur la peau le long du trajet du nerf malade en s'arrêtant un peu plus longtemps sur les points douloureux. Les secondes servent à pratiquer la *fustigation*, ou le *moxa* électrique, suivant qu'on frappe légèrement la peau sèche avec l'extrémité des verges, ou qu'on les laisse appliquées sur le tégument externe pendant un temps plus ou moins prolongé.

Ces petits appareils sont mis en rapport avec des rhéophores communiquant avec une machine à courants induits. On choisit les *courants interrompus de second ordre,* parce que les courants de second ordre sont ceux qui agissent plus spécialement sur la sensibilité cutanée.

Les machines dont on doit faire usage sont de celles qu'on désigne sous le nom de *volta-électriques*, parce qu'elles présentent sur les autres appareils les avantages suivants : 1° Elles donnent à volonté un courant de premier ou de second ordre ; 2° elles donnent le moyen de les graduer de la manière la plus précise ; 3° elles permettent de soumettre les courants à des interruptions plus ou moins lentes ou plus ou moins rapides.

MM. Duchenne, Rebold, Masson, Legendre et Morin, Ruhmkorff, ont fait construire des appareils de ce genre à peu près également recommandables.

L'appareil de Ruhmkorff l'emporte pourtant sur les autres par sa grande puissance. M. le docteur Stacquez, de Liége, vient d'inventer une machine qui, d'après lui, donnerait un courant de *troisième ordre*, ou plutôt *l'extra-courant* et les courants de premier et de deuxième ordre, tandis que les appareils précédents ne donneraient que les deux premiers. L'expérience n'a pas encore prononcé sur sa valeur.

Quel que soit l'appareil dont on fait usage, il est nécessaire de *graduer* la force du courant suivant la partie sur laquelle on opère, et aussi suivant l'intensité ou la ténacité de la douleur névralgique que l'on essaie de combattre.

La *durée* de la séance doit également varier dans ces mêmes circonstances. La fustigation ne peut guère être prolongée au delà de quelques secondes sans donner lieu à des accidents généraux et locaux. Mais il faut y revenir à plusieurs reprises si l'on veut consolider la guérison.

Il est inutile de dire que le seul *moment* convenable pour pratiquer l'électri-

sation, de quelque nature qu'elle soit, est celui d'un paroxysme. Cette nécessité d'attendre un accès pour traiter le mal est pour nous un des plus sérieux inconvénients de l'électro-thérapie : on comprend en effet combien cette condition est désavantageuse, quand on songe que des distances trop éloignées, des accés nocturnes, empêcheront trop souvent le malade de jouir des bienfaits de la médication électrique.

Électro-puncture. — Sarlandière (1) et Magendie (2) ont usé de ce moyen pour porter l'action électrique directement sur le nerf malade, à l'époque où l'on ne connaissait pas encore les procédés localisateurs.

Mode d'action thérapeutique. — Les effets physiologiques de l'électro-puncture sont ceux que produit la présence des aiguilles dans les tissus, plus l'irritation que développe, surtout à l'entour de ces aiguilles, le passage de l'électricité. Cette irritation peut même devenir assez vive pour faire interrompre ou cesser la médication. A cette irritation se joint l'excitation électrique due au courant galvanique, excitation qui devient plus intense encore dans les cas où l'on opère sur des parties névralgiées : il convient alors de modérer l'intensité du courant.

On doit remarquer aussi que les effets de l'électro-puncture ne se bornent pas toujours à ceux qu'elle produit au moment de son application. Un physiologiste distingué dont la science déplore encore aujourd'hui la perte prématurée, Auguste Bérard, a été atteint de tic douloureux quelque temps après s'être fait appliquer, dans un simple but d'expérimentation, une aiguille à acupuncture dans le nerf sus-orbitaire, et avoir fait passer par ce nerf un courant galvanique.

La décomposition de l'action physiologique exercée par l'électro-puncture donne la clef de ses effets thérapeutiques; elle agirait à la fois par la modification imprimée au nerf par le courant galvanique, — et par une sorte d'action dynamique développée par la présence des aiguilles dans les tissus, action sur laquelle nous allons bientôt revenir.

Indications. — Magendie a obtenu, à l'aide de l'électro-puncture, quelques résultats vraiment remarquables; mais maintenant qu'il est devenu facile de circonscrire la puissance électrique, les indications de l'électro-puncture sont devenues beaucoup plus rares : on ne serait autorisé à l'employer actuellement que dans les cas où diverses médications, et entre autres l'électricité pure et simple auraient successivement échoué, et lorsque le malade refuserait en outre de subir la cautérisation transcurrente. C'est surtout dans les *sciatiques* invétérées qu'elle a réussi.

Mode d'application.—L'électro-puncture se pratique d'une façon très-simple.

(1) *Mémoires sur l'électro-puncture.* Paris, 1825.

(2) *Gazette médicale*, t. VIII, nos 43 et 45 ; octobre 1840.

On enfonce dans les chairs et à une petite distance l'une de l'autre, deux aiguilles à acupuncture, munies chacune d'un châs assez large qui reçoit l'extrémité d'un fil conducteur. Magendie tâchait d'implanter dans le tronc même du nerf, au niveau du point le plus douloureux, une des deux aiguilles; l'autre était placée à une petite distance vers l'origine du nerf. Sarlandière préférait faire pénétrer les aiguilles à une distance assez éloignée des cordons nerveux.

Les aiguilles une fois fixées, on fait passer un courant labile à oscillations d'autant plus grandes et d'autant plus répétées que l'affection à combattre est plus douloureuse ou plus ancienne; le courant doit pénétrer par l'aiguille centrale pour sortir par l'aiguille périphérique.

M. Pétrequin (de Lyon) a proposé, dans le but d'éviter toute excitation cutanée, d'entourer les aiguilles jusque près de leur extrémité, d'une couche mince de caoutchouc; mais cette modification n'a que peu ou point diminué les inconvénients de l'électro-puncture.

Il ne faut pas que chaque séance dure plus de vingt minutes. Un dernier précepte, c'est de ne pratiquer l'électro-puncture qu'en dehors des paroxysmes, parce qu'on a vu qu'appliquée dans le cours d'un accès, elle amenait presque toujours une vive exaspération de la douleur.

Acupuncture. — Ce sont les Chinois et les Japonais qui ont imaginé ce procédé singulier sous l'inspiration d'une théorie médicale plus singulière encore. Importé en Europe, il fut étudié par un chirurgien français d'un grand renom, Jules Cloquet.

Mode d'action thérapeutique. — Il est résulté des expériences instituées par ce chirurgien, et des faits nombreux recueillis par d'autres auteurs, que les aiguilles enfoncées dans des tissus sains donnent lieu à des phénomènes très-variables que nous allons faire connaître. Outre une douleur assez aiguë se produisant au moment de la piqûre, le patient éprouve des sensations multiformes, telles que des élancements douloureux, de la chaleur, du froid suivi de sueur, de la pesanteur ou de l'engourdissement. Quelquefois, tous ces phénomènes manquent, et le sujet ne ressent rien.

Les phénomènes objectifs se réduisent ordinairement à un petit noyau inflammatoire, comme furonculeux, qui se forme autour du point où l'aiguille a pénétré dans la peau. Du reste, celle-ci a pu être enfoncée dans n'importe quel tissu sans que sa présence (à moins qu'elle n'eût été par trop prolongée) y ait jamais donné naissance à des accidents sérieux.

Le *mode d'action* de l'agho-puncture est inconnu. On a imaginé plusieurs explications qui nous semblent tout aussi fantaisistes que celle des premiers auteurs de la méthode (1).

(1) Ils supposaient que l'introduction des aiguilles laissait échapper des vapeurs délétères dont la présence était la cause de la plupart des maladies.

MM. Trousseau et Pidoux renoncent à découvrir ce mode d'action. Nous oserons cependant proposer à notre tour, au risque de tomber dans les mêmes erreurs, une hypothèse que nous croyons susceptible de jeter un certain jour sur la manière d'agir de l'acupuncture. Cette hypothèse, la voici :

Les expériences célèbres de Galvani et de Volta, et l'existence dans l'économie des conditions physiques et chimiques propres au développement de l'électricité devaient faire supposer *a priori* que l'organisme pouvait constituer un foyer d'électricité.

M. Donné, puis M. Matteucci ont, en effet, démontré l'existence réelle de ces phénomènes électriques au sein de l'organisme. Ce dernier savant a découvert, en 1841, qu'un courant naît d'un simple contact établi entre le nerf et la section transversale du muscle. La réaction du tissu nerveux sur un autre tissu de l'économie donne donc lieu à un courant électrique, — et ce courant ne peut s'établir sans une modification dans l'état physiologique du nerf, modification résultant du changement dans l'état électrique de ce dernier.

Ne peut-on pas supposer dès lors que l'acupuncture a pour effet de produire dans le nerf intéressé un changement analogue, lequel aura sa source dans le contact avec le nerf, d'un corps autre que les tissus environnants, et, qui plus est, métallique; — et ne peut-on pas considérer comme la conséquence naturelle de ce changement les phénomènes objectifs et subjectifs, tant physiologiques que thérapeutiques, auxquels donne lieu l'agho-puncture?

Si la supposition que nous émettons ici venait à se confirmer, l'acupuncture ne devrait plus alors être séparée, au moins *virtuellement*, ni de l'électricité, ni de l'électro-puncture; elle ne devrait plus constituer qu'un chapitre de la galvanothérapie.

Indications. — Les auteurs rapportent des cas de névralgies faciales, de sciatiques traitées avec succès par l'acupuncture. MM. Trousseau et Pidoux(1), ont constaté que le plus souvent la douleur disparaissait aussitôt que les aiguilles avaient pénétré dans les tissus. Dans d'autres cas plus rares, l'effet curatif ne s'est manifesté que beaucoup plus tard, ou a été tout à fait nul ; on a vu même le mal ne disparaître qu'après avoir retiré les aiguilles.

L'incertitude des résultats et la vivacité de la douleur n'ont pas empêché le public, et surtout les femmes, de se soumettre avec ardeur à cette pratique bizarre. Mais maintenant que d'autres agents inconnus alors ont augmenté nos richesses thérapeutiques, plus n'est besoin, à part d'assez rares exceptions, de recourir à l'acupuncture. Il n'est, au surplus, qu'un petit nombre de médecins qui lui accordent actuellement quelque crédit et la mettent encore en usage. De ce nombre est M. de Camino, qui rapporte, dans la *Gazette médicale italienne*, plusieurs observations de névralgies, et particulièrement de névral-

(1) *Op. cit.* T. II, page 860.

gies faciales, traitées avec un succès remarquable par l'acupuncture; dans quelques cas, il aurait vu les aiguilles enfoncées au niveau des points douloureux faire disparaître instantanément la douleur (1).

En dernière analyse nous conseillons d'essayer ce moyen avant d'en arriver à la cautérisation transcurrente, plus effrayante et plus douloureuse, — ou à une opération chirurgicale pratiquée sur le nerf lui-même, opération toujours difficile et douteuse dans ses résultats.

Mode d'application. — Les aiguilles à acupuncture sont en métal (acier, or, argent, etc), assez longues et flexibles, montées sur un petit manche léger et cylindrique. On les enfonce rapidement, en faisant tourner ce manche entre les doigts en même temps qu'on exerce une certaine pression. Si la douleur est étendue, on peut placer plusieurs aiguilles à des distances plus ou moins rapprochées, soit simultanément, soit successivement. Il est de règle de choisir les points qui sont les plus douloureux. Les aiguilles peuvent rester en place un ou deux jours; ordinairement, on les retire au bout de quelques minutes, et plus rarement de quelques heures.

Magnétisme minéral. — Le magnétisme minéral est une force physique inhérente aux aimants, tant artificiels que naturels; les travaux d'OErsted, et plus récemment d'Arago et d'Ampère ont démontré, sinon l'identité, au moins la parenté la plus étroite avec l'agent que nous avons étudié plus haut : l'électricité.

Mode d'action thérapeutique. — Les effets physiologiques sont presque toujours nuls, et toutes les fois que nous avons eu l'occasion de les voir appliquer, ils nous ont toujours parus tels.

Cependant, on a cru remarquer, dans certains cas, que l'application des armures aimantées amenait un érythème et même une éruption vésiculeuse de la peau, en même temps qu'elle donnait naissance à quelques phénomènes locaux d'excitation nerveuse.

Ces effets physiologiques, joints aux résultats thérapeutiques que fournit l'application des aimants, rapproche singulièrement le mode d'action du magnétisme de celui que nous avons étudié à propos de l'électricité : l'aimant possèderait, mais à un bien moindre degré, la propriété *anesthésiante* des courants constants.

Indications. — Le prestige surnaturel dont le père Hell, l'abbé Lenoble, et surtout Mesmer, avaient entouré la médication magnétique, ont mis en défiance la plupart des médecins à l'endroit des succès merveilleux qu'elle aurait donnés à ses premiers expérimentateurs.

De l'aveu pourtant des observateurs les plus consciencieux, tels que Andry

(1) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, T. 33, année 1861 ; page 534.

et Thouret, et plus récemment Laënnec, Alibert, Cayol, Récamier, Chomel, M. Lebreton, et M. Burq, le magnétisme minéral a déjà modifié d'une manière avantageuse certaines névralgies idiopathiques, la *névralgie trifaciale* surtout; toutefois, même dans ces cas, elle n'a guère fait que soulager le malade sans lui procurer une guérison définitive. L'*odontalgie* est encore un mal qu'on a vu céder plus d'une fois à l'application sur la partie malade d'un barreau de fer aimanté. Un cas de névralgie utérine (M. Lebreton) a cédé à l'usage de plaques aimantées.

Pour ce qui est de notre expérience personnelle, nous devons dire que dans les circonstances, peu nombreuses, il est vrai, où nous avons été à même d'appliquer ou de voir appliquer le magnétisme minéral au traitement des névralgies, nous n'avons jamais constaté d'amélioration dans l'état du malade.

Cet agent ne trouve donc en somme ses indications que dans des cas où la ténacité de la douleur autorise tous les moyens. Celui-ci aura toujours du moins l'avantage de n'être ni douloureux ni dangereux.

Mode d'application. — On a le plus souvent recours soit à l'application plus ou moins prolongée de barreaux aimantés, soit à des appareils composés de plusieurs plaques aimantées articulées entre elles, auxquelles on a donné le nom d'*armures* et qu'on fixe par des liens sur la partie malade.

Métallothérapie. — La méthode thérapeutique qui a reçu ce nom est d'origine récente (1851); elle est due à M. le docteur Burq.

Mode d'action thérapeutique. — Nous croyons qu'à l'instar de l'acupuncture et des aimants, le contact de ces métaux avec la surface cutanée devient la source d'un dégagement d'électricité qui s'accompagne d'un changement moléculaire; celui-ci à son tour peut exercer une influence avantageuse sur certains états morbides et particulièrement, comme on le conçoit *a priori*, sur les affections nerveuses.

Indications. — Elles ne sont pas encore bien déterminées. Plusieurs maladies convulsives ont été calmées par les bains métalliques; les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse se prononcer sur leur efficacité dans le traitement des affections douloureuses.

Mode d'application. — Le métal (fer, cuivre, etc.) est mis en contact avec la peau au moyen d'armatures métalliques ressemblant plus ou moins à des armures magnétiques, ou bien le malade est placé dans une espèce de filet à mailles métalliques dans lequel le corps est pour ainsi dire baigné.

Le séjour dans ces enveloppes métalliques varie nécessairement suivant les cas.

Hydrothérapie. — « Des faits fort remarquables de névralgies soit récentes, soit anciennes et rebelles, dit M. Fleury, m'ont prouvé que l'emploi simultané de la sédation et des douches froides constitue une médication destinée à rem-

placer avec avantage la méthode endermique, les vésicatoires volants, les nombreux modificateurs que la médecine oppose avec plus ou moins de succès aux névralgies, et, enfin, le fer rouge lui même (1). »

Avant M. Fleury, Rapou (2) avait soumis déjà avec un certain avantage des sujets atteints de douleurs névralgiques aux douches et aux bains de vapeurs.

M. Lambert (3) a combattu avec un succès presque constant, par des bains de vapeurs suivis d'affusions froides, des névralgies tant anciennes que recentes

Mais c'est le médecin dont nous venons de citer les paroles en tête de cet article qui a étudié de la manière la plus complète les applications méthodiques de l'hydrothérapie au traitement des névralgies.

Mode d'action thérapeutique. — Nous dirons tout d'abord que la *douche froide* générale en pluie, et la douche froide générale et locale en jet mobile ou en nappe ont été les moyens presque exclusivement employés par lui dans le traitement des névralgies. Dans quelques cas, il a fait précéder les douches de la *sudation* en étuve sèche.

Ces moyens sont, du reste, ceux dont ce médecin fait le plus communément usage : ce sont en effet les plus propres à augmenter l'action organique de la peau, et à provoquer par là une révulsion salutaire. Cette suractivité, presque instantanément communiquée au tégument externe, résulte principalement pour nous de l'excitation mécanique opérée par la *percussion* du jet mobile, à laquelle vient se joindre subsidiairement la réaction organique des nerfs vasomoteurs contre l'impression vive et brusque exercée sur eux par le *froid*. La méthode hydrothérapique se rapproche, comme on le voit, de la médication irritante transpositive. Mais elle a sur celle-ci l'avantage de n'altérer en aucune façon les fonctions de la peau : elle ne fait, au contraire, qu'augmenter son activité physiologique.

D'un autre côté, comme le fait remarquer M. Fleury (4), elle échappe, en agissant sur une grande étendue de la surface du corps, aux conditions d'insuccès qui sont inhérentes à l'application ou insuffisante ou trop circonscrite des autres agents de la médication révulsive.

Rapou, qui employait surtout les douches de vapeurs à une très-douce température, rattachait leur action thérapeutique à leur vertu sédative.

Indications. — Quoi qu'il en soit de la façon dont agit l'hydrothérapie, M. Fleury l'a appliquée avec un succès incontestable à des névralgies trifaciales, intercostales et sciatiques *récentes*. Il a fallu une, deux ou trois séances au plus pour enlever la douleur; les névralgies intercostales sont celles qui ont disparu le plus rapidement.

(1) *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, 2e édit. Paris, 1856, page 301.
(2) *Traité de la méthode fumigatoire*, Paris, 1824.
(3) *Traité sur l'hygiène et la médecine des bains russes et orientaux*, Paris, 1841.
(4) *Op. cit.*, page 299.

Les douleurs névralgiques *anciennes* ou *symptomatiques* ont été plus réfractaires à la médication hydrothérapique.

La curation s'est opérée pourtant chez les unes comme chez les autres, mais il a fallu nécessairement plus d'insistance dans le traitement. Les observations de M. Fleury, deux entre autres, sont excessivement remarquables, parce qu'elles démontrent à l'évidence l'efficacité des moyens hydriatriques dans des cas où les médecins les plus distingués avaient employé pendant longtemps, et sans le moindre succès, les agents les plus énergiques de la thérapeutique usuelle.

Une remarque qui n'est pas sans importance, c'est que les premières applications hydrothérapiques ont souvent pour résultat d'exaspérer les douleurs. Cette exacerbation passagère ne doit pas faire abandonner prématurément la médication hydriatrique.

Mode d'application. — Nous allons exposer avec assez de détails la manière de procéder adoptée par les hydropathes modernes, parce que nous avons vu trop souvent des échecs répétés faire rejeter l'action thérapique de l'eau froide, alors que ces insuccès n'étaient pas dus à autre chose qu'à son inopportunité, ou plus souvent encore, à une application mal dirigée.

M. Fleury a abandonné, et cela à juste titre, plusieurs pratiques de Priessnitz, telles que l'enveloppement dans le drap mouillé, dans la couverture de laine, etc.

La sudation en étuve sèche, les douches en jet ou en nappe, mobiles ou fixes, les douches en pluie, en cercle, lesquelles ne sont que des modifications de la douche en jet, sont à peu près les seuls moyens dont il fait généralement usage, et l'emploi isolé, simultané ou successif de ces douches répond à presque toutes les indications.

La *sudation en étuve sèche* s'obtient de la façon la plus simple. Le malade est assis sur une chaise élevée et à claire-voie, placée dans un cylindre légèrement conique en osier garni de laine, et dont l'ouverture supérieure arrive au niveau des épaules ; cette ouverture est obturée par une toile imperméable qui entoure étroitement le cou du patient et enveloppe tout l'appareil.

Une lampe à alcool à plusieurs becs est déposée tout allumée sur le plancher au-dessous même de la chaise.

Le malade reste dans cette étuve pendant quinze à vingt minutes, de manière à ce qu'il survienne une transpiration abondante.

La *douche en jet mobile*, l'arme toute puissante de M. Fleury, se donne au moyen d'une canule légèrement conique (*lance*) adaptée par sa grosse extrémité à un tube en caoutchouc. C'est à peu près l'extrémité d'une pompe à incendie; seulement, l'origine du tube en caoutchouc et la lance près de son articulation sont garnies chacune d'un robinet destiné à graduer à volonté la force et l'étendue du jet, le premier, en modérant l'arrivée de la masse d'eau, le deuxième, en éparpillant plus ou moins le jet.

Le premier robinet, le plus important, s'ouvre et se ferme à volonté par la pression d'un court levier qu'on manœuvre avec la main gauche.

La prise d'eau se fait par un tube métallique dans lequel l'eau est soumise à une pression d'environ 14 mètres. L'eau a une température de + 8° à + 10° centigrades au plus.

Le malade, debout sur un plancher à claire-voie, s'appuyant avec les mains sur une barre de bois, reçoit la douche obliquement de haut en bas. La distance entre le corps du malade et l'extrémité de la canule est d'environ 1 mètre. Le doucheur se tient sur une estrade dont l'élévation au-dessus du plancher de la salle est d'environ 50 centimètres.

Il faut une main expérimentée pour mesurer exactement la direction, la puissance et la durée qu'il est convenable de donner à la douche, suivant la nature de la maladie et les parties douchées, pour graduer le mouvement plus ou moins rapide, plus ou moins étendu, qu'il faut imprimer à la colonne d'eau, enfin pour la diriger vers les points qu'elle doit successivement parcourir. — La main d'un médecin est à peu près la seule qui puisse remplir convenablement toutes ces conditions, et encore faut-il une longue pratique aidée par les conseils des autres, pour obtenir de ce puissant moyen tous les résultats qu'il peut donner.

Cette *douche en jet mobile cylindro-conique* est indiquée à peu près dans tous les cas.

La *douche en nappe* s'obtient en appliquant sur le jet cylindrique une plaque métallique qui, en étalant le jet, lui fait perdre en impulsion mais gagner en surface. La nappe est indiquée dans les cas où le jet cylindrique ou cylindro-conique est trop difficilement supporté par le malade, et mieux encore lorsqu'il est utile d'agir à la fois dans une assez grande étendue sur une surface linéaire, comme dans la névralgie intercostale et la névralgie sciatique.

La *douche en arrosoir* se donne à l'aide d'une pomme d'arrosoir adaptée à un tube venant du plafond ; un cordon à portée de la main gauche, armé d'un système de contre-poids, permet d'ouvrir, d'interrompre, ou de graduer la douche. La douche en arrosoir est ordinairement fixe ; elle se donne simultanément avec la douche en jet mobile, mais est d'habitude moins prolongée que cette dernière.

La *douche en cercle* est également fixe. Elle est composée d'un ou de plusieurs rangs de petits filets d'eau à forte pression, dirigés tous à peu près horizontalement vers un centre commun. On y joint souvent la douche en arrosoir. — Cette espèce de douche est employée spécialement lorsqu'on veut obtenir une révulsion très-énergique.

Les autres appareils destinés à fournir des *douches vaginales, périnéales, rectales, lombaires*, n'ont pas besoin d'être décrits ici, parce qu'ils ne sont qu'exceptionnellement appliqués au traitement des névralgies.

La durée de ces différentes douches, quoique toujours courte, varie encore dans des limites restreintes ; elles peuvent ne pas dépasser quelques secondes, elles peuvent se prolonger jusqu'à deux ou trois minutes.

Le genre de douche, la pression de l'eau, sa température, l'impressionnabilité du sujet, la date plus ou moins récente du début du traitement, enfin la nature du mal, apporteront des modifications dans la durée de l'application de l'eau froide.

Les malades soumis à l'hydrothérapie doivent être entourés des plus grands soins hygiéniques sous peine de compromettre le succès de la médication. La température de la salle des douches doit être de 17° à 18° centigrades.

Le malade doit s'essuyer avec soin et subir une légère friction avant de reprendre ses vêtements. Il est nécessaire aussi de favoriser la réaction par un exercice modéré pris au grand air immédiatement après la douche, lorsque la saison, bien entendu, n'est pas trop rigoureuse. Le régime enfin doit être plus substantiel et plus abondant pour réparer les pertes occasionnées par la suractivité des fonctions cutanées. — L'hydrothérapie, du reste, n'exclut aucun autre moyen thérapeutique.

A côté de l'hydrothérapie *rationnelle* dont nous venons de parler viennent se ranger d'abord les moyens hydriatriques de Priessnitz que l'empirisme seul a dictés, et qui sont de beaucoup inférieurs aux procédés plus scientifiques que nous avons exposés plus haut. M. Fleury cependant a cherché à provoquer, non sans avantage, une révulsion inflammatoire à la peau à l'aide de *compresses excitantes* et de frictions : on obtient alors, d'après ce médecin, une action irritante transpositive énergique et de longue durée qui lui a rendu des services dans un assez grand nombre d'affections, au nombre desquelles il mentionne plusieurs névralgies.

A la suite de ces procédés hydrothérapiques viennent se placer ceux auxquels on a eu recours de tout temps. Tels sont les bains et les eaux minérales.

Les *bains chauds* (30°, 35° C.) et prolongés, par l'action déprimante qu'ils exercent sur le système cérébro-spinal, auront souvent des effets avantageux dans le traitement des névralgies.

Les *bains de vapeurs* simples, ou additionnés de vapeurs excitantes, joignent à cette action une surexcitation extrême des fonctions physiologiques de la peau.

Les *bains de mer* ont à peu près les mêmes effets.

Les *eaux minérales* seront d'un usage restreint dans les névralgies cérébro-spinales idiopathiques, mais elles trouveront leurs indications et manifesteront leurs puissantes propriétés dans certaines névralgies *holopathiques*. Les eaux qu'on devra préférer sont celles d'une température assez basse (C. James), et parmi elles : Néris, Plombières, Saint-Sauveur, Bagnères de Bigorre, Baden-Baden, Ems.

Nous avons déjà parlé de la *glace ;* nous avons dit que, donnée à l'intérieur

dans certains cas de viscéralgies, et à l'extérieur dans quelques névralgies cérébro-spinales, elle produit, momentanément au moins, un amendement dans la douleur. Nous avons considéré ce calme comme étant la conséquence de ses propriétés anesthésiques.

M. le docteur Chapman (1), dans ces derniers temps, a imaginé une assez singulière méthode de traitement dans laquelle la glace joue le rôle essentiel, sans que ses propriétés anesthésiques soient mises en jeu. Il applique des sacs de caoutchouc serrés par des ligatures de distance en distance, le long de la colonne vertébrale, au niveau de la portion de la moelle sur laquelle il veut agir. Cette application déprime d'abord la puissance excito-motrice de la moelle en diminuant sa vascularisation, et par son action paralysante sur les ganglions sympathiques correspondants, elle excite la circulation dans les parties où ces ganglions envoient des nerfs vaso-moteurs. M. Chapman a eu surtout en vue le traitement de l'épilepsie; peut-être ce moyen, d'une application facile mais parfois dangereuse, serait-il employé avec avantage dans les névralgies fluxionnaires.

Kinésithérapie. — La *Kinésithérapie* (κίνησις, mouvement, et θεραπεία, traitement) est le traitement des maladies par le mouvement, ou, en d'autres termes, c'est l'application des effets physiologiques du mouvement à la prophylaxie et à la thérapeutique.

Indications. — L'usage avantageux qui pouvait être fait en thérapeutique de cette espèce de gymnastique médicale avait été signalé depuis longtemps par les médecins anglais J. Barclay (2) et Balfour (3), et par un hygiéniste français distingué, Ch. Londe (4). Mais l'application du mouvement et surtout du mouvement spécifique actif n'a été érigée en méthode que vers le milieu de ce siècle par le Suédois Ling, dont les efforts persévérants ont réussi à en faire un système rationnel et complet.

M. Georgii (5), élève de Ling, les docteurs Branting (6), Berend (7), Neumann ont propagé et développé ses idées, qui font actuellement l'objet, en Suède et en Russie, d'un enseignement officiel.

Ces auteurs ont attribué à la cinésie une action curative dans presque toutes

(1) *Courrier médical*, année 1864.

(2) *The muscular motions of the human body*. Edinburgh, 1808.

(3) *Illustrations of the power of compression in the cure of rheumatism, gout, and debility of the extremities and in promoting health and longevity*. Edinburgh, 1819.

(4) *Gymnastique médicale*, 1821.

(5) *Kinésithérapie*, ou *Traitement des maladies par le mouvement, selon la méthode de Ling*, 1849.

(6) *Gymnastique médicale*, ou *l'Art des exercices du corps appliqué au traitement des maladies, d'après la méthode de Ling, etc.* Berlin, 1852.

(7) *Gymnastique médicale, étudiée au point de vue de la méthode du gymnaste Ling.*

les maladies, les fièvres exceptées. Nous n'avons ici qu'à indiquer les résultats qu'elle a fournis dans le traitement des névralgies.

Valleix avait déjà noté qu'une compression étendue diminuait certaines douleurs névralgiques.

Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* parlent de leur côté de névralgies faciales calmées par une pression méthodique exercée sur le tronc du nerf.

M. Piorry (1) rapporte qu'une dame voyait disparaître une douleur rhumatismale dont elle était souvent atteinte, sous l'influence d'une pression analogue au massage, exercée sur la partie malade.

Georgii (2) prétend que des névralgies généralisées des extrémités inférieures ont été guéries ou du moins soulagées par des pressions exercées sur le plexus lombaire.

Des névralgies du pharynx ont également cédé à une pression dirigée vers la partie supérieure et postérieure de cet organe.

Plusieurs affections névralgiques de la peau et des muscles du dos ont été traitées avec succès par un mouvement de froissement partiel de la peau.

M. Dally (3) affirme que les mouvements passifs apaisent instantanément les douleurs névralgiques (migraine, odontalgie, sciatique, tic douloureux), et amènent peu à peu la guérison radicale de ces maladies.

Enfin, Sandras (4) déclare que le meilleur moyen de soulagement immédiat consiste pour lui dans la compression méthodique de l'artère avant son passage par le point endolori. Il a déjà réussi, par ce procédé à faire disparaître complètement la douleur.

Ces résultats, peu croyables au premier abord, s'accordent cependant assez bien avec les faits rapportés par MM. J. B. Bastien et A. Vulpian (5). Au dire de ces deux physiologistes, la compression artificielle des nerfs exercée sur le vivant à travers la peau produit assez rapidement l'anesthésie. Elle disparaît bientôt si l'on cesse la compression ; mais on doit croire qu'elle persisterait si la compression était maintenue.

Mode d'action thérapeutique et mode d'application. — Le mouvement, appliqué à un organisme sain, agit sur toute l'économie, directement, immédiatement, — ou par irradiation ; il active la nutrition et l'absorption.

Les *mouvements actifs* amènent surtout le premier effet ; les *mouvements passifs* produisent ordinairement le second résultat. L'emploi isolé, simultané ou successif de ces deux espèces de mouvements constitue toute la pratique kinésithérapique.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Massage*.

(2) *Op. cit.*

(3) *Cinésiologie*, ou *Science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène ou la thérapie.* Paris, 1857, p. 86.

(4) *Op. cit.* p. 84.

(5) *Op. cit., loc. cit.*

Les *mouvements actifs* s'obtiennent à l'aide de contractions musculaires que l'on provoque en opposant à l'action des muscles une résistance qu'elle cherche à vaincre; cette résistance est constituée, soit par un corps solide, fixe, soit par le poids de certaines parties du corps humain lui-même, avec ou sans poids surajoutés, soit enfin par un effort exercé en sens opposé par le médecin kinésiarque.

Les *mouvements passifs* (pression, friction, percussion, massage, tremblement) sont l'effet d'une impression mécanique venant exclusivement du dehors. Ces derniers sont ceux qui conviennent le mieux à la thérapeutique des névralgies.

Quant à la manière d'appliquer les mouvements passifs, l'essentiel est qu'ils soient communiqués par la main, le seul instrument capable, d'après M. Dally, de produire une pression *anthropodynamique* assimilable à l'action nerveuse elle-même.

On peut faire entrer dans la cinésie la *position* à donner à la partie malade.

La névralgie étant une affection *sine materiâ*, on comprend que cette partie d'un traitement soit d'une assez médiocre importance. Elle n'est pourtant pas tout à fait à négliger. Il sera presque toujours avantageux de donner à la partie souffrante une position telle que le nerf malade soit le plus possible à l'abri de tractions ou de compressions violentes ou mal dirigées. — On doit observer en outre que l'état de la circulation artérielle et capillaire dans la partie souffrante jouit d'une influence marquée sur la vivacité des douleurs : il faut donc veiller aussi à ce que la position modère l'afflux du sang, ou bien en favorise le retour. Celle qui nous semble la plus propre à remplir ces différents objets serait la *position horizontale avec une très-légère flexion*, pour un membre atteint de névralgie.

Il ne faut pas conclure de ce dernier précepte que la cinésiatrie est irrationnelle. Le repos et le mouvement ont l'un et l'autre leurs indications. Le repos convient mieux en général aux névralgies *ramellaires* et *centrales;* — le mouvement *bien ordonné* soulage assez souvent, au prix d'une exacerbation de courte durée, les névralgies *musculaires*.

Les moyens que nous avons précédemment étudiés n'agissent sur les nerfs que par l'intermédiaire des tissus ou du liquide circulatoire. Ce sont ceux par lesquels on commence et dont l'usage est le plus fréquent.

Ceux que nous allons aborder sont les *moyens chirurgicaux* atteignant directement le nerf névralgié; ils ont pour effet immédiat d'interrompre l'innervation dans la branche nerveuse opérée.

Thérapeutique chirurgicale.

Indications et contre-indications. — Il semble au premier abord que ces opérations soient indiquées toutes les fois qu'on aura épuisé sans succès les

moyens ordinaires, et qu'elles devront fournir des guérisons à peu près constantes.

Mais on tomberait dans une grave erreur en croyant qu'il en est ainsi. Car, sans même parler de la douleur qu'on peut éviter par l'éthérisation, les pratiques qui ont pour but la division du nerf présentent encore un double inconvénient.

Le premier, c'est la difficulté d'exécution tenant elle-même à différentes causes, à savoir : 1° l'impossibilité d'atteindre le rameau névralgié, à cause de sa profondeur ou du manque de points de repère, 2° le risque d'intéresser dangereusement des organes voisins (artère intercostale).

Le second, c'est la nécessité de détruire à jamais l'activité d'une branche nerveuse et de ses ramifications. Outre la perte prévue de la sensibilité, l'anéantissement de l'innervation dans un nerf sensitif important entraîne, s'il faut en croire l'expérience bien connue de Magendie, des altérations profondes dans la nutrition des parties que ces filets intéressent. — La section d'un nerf mixte provoque des accidents bien plus sérieux encore. La résection du nerf sciatique pratiquée par M. Malagodi et par M. Jobert, a été suivie d'accidents assez graves pour faire rejeter cette opération d'une manière à peu près absolue (1). — Les suites de cette pratique appliquée aux autres nerfs ont même décidé certains auteurs et entre autres Alphonse Guérin, à envelopper dans une même réprobation tous les procédés ayant pour but la division par l'instrument tranchant des rameaux douloureux.

Il faut avouer, d'ailleurs, que le succès ne couronne pas toujours d'aussi dangereuses opérations. Ces échecs, trop souvent constatés, tiennent à des causes qu'il n'est pas sans intérêt de rechercher.

1. Nous avons déjà fait remarquer à propos des points douloureux, et nous le démontrerons plus tard d'une façon plus péremptoire au chapitre des névralgies centrales, que le siége réel de la douleur n'est pas toujours au point même où celle-ci se fait sentir. La douleur peut être perçue, par exemple, dans un point d'un filet nerveux, tandis qu'elle prend sa source dans un point plus élevé du trajet du nerf : les névralgies appelées *excentriques* offrent un exemple frappant de cette illusion, laquelle peut faire pratiquer au médecin une opération sinon dangereuse, au moins inutile.

2. D'un autre côté, la cause de la névralgie peut être *générale*, c'est-à-dire

(1) La section du nerf poplité vient cependant d'être pratiquée à Londres, il y a peu d'années, par M. Hooker. Mais l'état général et l'état local justifiaient suffisamment cette hardie tentative. Les douleurs n'ont disparu que lentement après l'opération, mais la guérison a fini par devenir complète et persistait encore trois mois après le jour où la section avait été pratiquée. (*Journal de médecine de chirurgie et de pharmacologie*, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, année 1860, T. 30, page 267).

résider dans les centres nerveux ou dans le sang, et rester par conséquent inaccessible au bistouri de l'opérateur.

3. Enfin, l'insuccès peut être rapporté à une modification physiologique qui s'opère après la division du nerf dans le *circulus nerveux;* il s'établit, dans ces cas, soit par la réunion des bouts divisés, soit par les anastomoses avec les filets intacts, soit enfin par l'effet d'une innervation supplémentaire, une nouvelle activité dans les tronçons du nerf, et la sensibilité reparaît.

Il arrivera donc, alors même qu'on s'entourera de toutes les lumières d'un diagnostic approfondi et de toutes les ressources de l'art chirurgical, que l'échec le plus complet viendra trahir les espérances, et du chirurgien, et du malade. Aussi, malgré l'apparence d'infaillibilité qu'offrent ces moyens opératoires, les plus habiles chirurgiens eux-mêmes ont enregistré bon nombre d'insuccès. M. Nélaton dit qu'il a échoué dans une vingtaine de cas et que trois fois seulement il a réussi. M. Velpeau parle d'un homme chez lequel avait été successivement pratiquée l'excision de tous les nerfs de la face, sans que le tic douloureux dont ce malheureux était atteint eût été modifié en rien par ces opérations successives.

Notre conclusion est : qu'il ne faudra avoir recours qu'avec beaucoup de réserve à ce genre de procédés, même lorsque toutes les conditions de succès sembleront réunies, et que tous les moyens ordinaires, internes et externes, seront restés sans résultat. Il va de soi que l'opération ne sera jamais autorisée en dehors des cas où les douleurs névralgiques offriront assez de violence pour que le malade ait la ferme volonté de s'y soustraire à tout prix.

Toutefois, cette thérapeutique chirurgicale ayant été employée, non sans avantage, par les anciens chirurgiens, et ayant donné entre les mains de plusieurs chirurgiens modernes quelques cas de guérison, il nous paraît opportun de décrire ici les différents modes opératoires qui ont été successivement adoptés.

Le premier est la *section* ou la simple division du nerf. — Le second est la *résection.*

Section. — La division du filet nerveux peut se faire de deux façons différentes : la première est la section du nerf à ciel ouvert, la seconde, la névrotomie sous-cutanée.

A. *Section à ciel ouvert.*

Elle se pratique de deux manières : ou bien l'incision est faite d'abord, puis le nerf est découvert, isolé et divisé par des temps successifs, ou bien, en un seul temps, le bistouri coupe tout à la fois le nerf et les tissus sus-jacents.

Le second procédé n'est pas applicable à tous les cas : il ne peut être employé que si le nerf est superficiel, s'il repose sur un corps dur, et si sa position est nettement indiquée à l'extérieur par des points de repère apparents; il faut encore que le nerf ne soit pas accompagné d'une branche artérielle. — Il a

sur les autres procédés l'avantage d'être plus expéditif et moins douloureux.

Il a été mis en pratique dans ces derniers temps pour un cas de névralgie sous-orbitaire : la guérison s'en est suivie.

Nous lui préférons le premier mode dont l'application sera beaucoup plus générale et la réussite immédiate beaucoup plus certaine. Après la destruction du nerf malade par la cautérisation potentielle (André), c'est le moyen le plus anciennement et le plus fréquemment employé. Il a donné quelques succès, mais on comprend que la réunion doive s'opérer dans la plupart des cas et qu'elle ramène avec elle tous les accidents douloureux.

C'est pour écarter ce dernier élément d'insuccès qu'on a proposé, non plus la simple division, mais la résection d'une portion du nerf malade.

B. *Section sous-cutanée.*

La section sous-cutanée, que quelques chirurgiens ont pratiquée de nos jours, présente encore moins de chances de succès que la névrotomie à ciel ouvert, parce qu'elle se prête davantage encore à la réunion des bouts divisés. Elle doit être bannie, en conséquence, du traitement chirurgical des névralgies, malgré qu'elle ait procuré à M. Sperino, en 1842, la guérison d'une névralgie grave du plexus cervical.

Résection. — Auguste Bérard l'a tentée un des premiers en 1836 (1). Cette tentative a été couronnée d'un plein succès dans deux cas : l'un de névralgie sous-orbitaire, l'autre de névralgie dentaire inférieure ; tous les moyens ordinaires et même la section avaient échoué.

M. Jules Roux a suivi cet exemple et a tracé les règles qui doivent guider dans la pratique de cette opération. Il a indiqué en outre avec beaucoup de précision les résultats qu'elle donne (2).

Mais elle ne produit souvent encore qu'une guérison passagère, car les deux bouts divisés conservent, malgré la distance qui les sépare, la faculté de se réunir (3).

Dans le but de prévenir cette réunion fâcheuse, M. Jobert (de Lamballe) (4) a imaginé de *cautériser* avec un fer chauffé à blanc les deux bouts du rameau divisé. — Enfin, M. Nélaton, dans des cas où la section suivie de cautérisation actuelle avait échoué, n'a pas reculé devant la résection des branches malades et la cautérisation du bout supérieur avec la pâte de Canquoin.

Ces opérations ont presque toutes été pratiquées sur les branches du triju-

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mai 1836 ; page 442.

(2) *Union médicale* ; année 1852. T. VI, p. 479 et 491.

(3) M. Laugier a démontré, par des observations toutes récentes, la facilité avec laquelle le tissu nerveux se reproduit et rétablit dans le filet divisé le courant interrompu.

(4) *Union médicale* ; année 1854. T. VIII, p. 175.

meau, parce que les *névralgies trifaciales* sont les plus fréquentes et les plus rebelles, et que l'isolement à peu près complet des branches sensitives met à l'abri des accidents sérieux que produirait nécessairement la section d'un nerf mixte.

Mode d'action thérapeutique. — La façon dont agissent les sections des nerfs douloureux paraît à première vue susceptible d'une explication toute naturelle: en interrompant le courant nerveux, on empêcherait la douleur de se transmettre au centre cérébro-spinal, et par conséquent d'être perçue.

Mais en étudiant davantage la question, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle est beaucoup plus complexe qu'elle ne le semble au premier abord. Les considérations dans lesquelles nous sommes entré au début de cet article, font même douter de l'interprétation naturelle que nous venons à l'instant d'énoncer. Un chirurgien distingué, M. Alphonse Guérin (1) prétend même que la douleur produite par le fer ou par le feu est l'unique agent de la curation. Nous ne partageons pas cette aventureuse opinion, contre laquelle militent plusieurs faits et en particulier ceux qu'a observés Valleix, où l'anesthésie paraît n'avoir affaibli en rien l'action bienfaisante de la cautérisation. Mais nous devons avouer que, dans certains cas, la section du nerf est insuffisante en elle-même pour rendre compte des résultats obtenus.

Nous n'avons pas parlé de la *destruction du nerf par la cautérisation* sans autre opération préalable, parce que ce procédé est à peu près abandonné.

Il a été employé surtout par André. Son plus grand avantage serait de produire à la peau une révulsion énergique et prolongée qui, dans certains cas, pourrait donner lieu à une amélioration assez notable pour qu'il devînt inutile de poursuivre l'opération jusqu'au bout.

Ce procédé participe donc des avantages et des inconvénients du cautère.

Comme pour celui-ci, il arrive souvent que la douleur à peu près inévitable du caustique, la plaie étendue et profonde que laisse la chute de l'escharre, sont des désavantages qui balancent largement les bons effets que la cautérisation peut produire.

Nous passons à un *troisième ordre* de moyens thérapeutiques, qui, pour être moins palpables et d'une application plus difficile que les précédents, n'en sont pas moins dignes de la plus grande attention. Ils suffiront parfois pour enlever radicalement le mal, et constitueront alors la partie essentielle du traitement. — D'autres fois, ils viendront efficacement en aide aux moyens pharmaceutiques ou aux procédés chirurgicaux.

Nous voulons parler des *influences morales* employées dans un but thérapeutique.

(1) *Éléments de chirurgie opératoire*; Paris 1858, p. 254.

Traitement moral.

A. **Médecine morale proprement dite.** — « On conviendra, dit M. le docteur Padioleau, que du moment où il s'agit de maladies nerveuses, le travail intellectuel et moral, l'influence du milieu social, l'intelligence et la sagacité du praticien ne sont pas d'un intérêt moins puissant que tous les médicaments physiques, chimiques et pharmaceutiques (1). »

Il ne faut donc pas s'étonner si nous nous arrêtons un moment sur l'influence favorable que peut exercer sur les affections névralgiques la médecine morale. — Une émotion vive arrête les menstrues, une impression morale trouble une digestion : un fait du domaine intellectuel peut bien *a fortiori* déterminer une modification quelconque dans un état nerveux purement *dynamique*. On peut étendre, nous semble-t-il, aux troubles fonctionnels de la sensibilité l'aphorisme : *spasmum spasmo solvitur ;* souvent on a vu une vive appréhension, une grande joie, un chagrin violent, un spectacle attrayant, un travail intellectuel profond faire disparaître un accès de névralgie ou bien en prévenir le retour.

Nous avons eu en traitement une dame atteinte de névralgie périodique temporo-occipitale chez laquelle la douleur ne revenait pas à son heure ordinaire lorsqu'elle se trouvait au théâtre et qu'elle s'intéressait vivement à la scène qui se passait sous ses yeux.

Plusieurs personnes, de jeunes femmes surtout, nous ont avoué que leurs douleurs se dissipaient au moment où nous arrivions près d'elles; elles n'en ressentaient aucune atteinte pendant tout le temps que nous passions à les interroger et à les écouter. Les souffrances revenaient, il est vrai, aussitôt après notre départ, mais avec un peu moins d'intensité. Or, nous n'avons pas la fatuité de croire que cet effet était le résultat de l'impression personnelle causée par notre vue : nous pensons qu'il faut l'attribuer tout simplement à l'attention soutenue que les malades nous prêtaient durant toute notre visite ; cette concentration de l'esprit ne détruisait évidemment pas la douleur sur place, mais elle l'empêchait d'être perçue.

En faisant luire aux yeux du malade la perspective d'une guérison certaine, il nous a semblé aussi que la confiance inspirée au patient par cette rassurante promesse a contribué, dans plusieurs cas, à l'efficacité des moyens thérapeutiques prescrits, et nous a donné des curations plus rapides. Un travail soutenu, une étude attentive, ou d'agréables distractions ont pu concourir au même résultat.

Enfin, quand la thérapeutique médicale et chirurgicale est restée impuissante, quand la maladie est incurable, et que les douleurs poursuivent la malheureuse victime sans trêve ni merci, l'*espérance*, que le médecin s'efforcera

(1) *De la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses* ; Paris 1864, p. 224.

toujours de ranimer au moment où elle va s'éteindre, aidera le malade à supporter courageusement ses souffrances. — Si l'opiniâtreté du mal finit par enlever même cette dernière illusion, il restera encore au patient un palliatif suprême, les *sentiments religieux*, qui le rendront moins sensible à ses tourments en lui inspirant, par leurs mystiques consolations, le calme et la résignation du martyr.

B. **Magnétisme animal**. — C'est en 1774, à l'époque où Newton venait de découvrir les lois de la gravitation universelle, où le magnétisme terrestre commençait à prendre rang dans la science, que le *magnétisme animal* vit le jour.

Il naquit dans la nébuleuse Allemagne, et ce furent, chose remarquable, un prêtre, Gassner, et un médecin, Mesmer, qui présidèrent à sa naissance.

Depuis la découverte ou la création de cet agent nouveau, il marche d'un pas hardi à travers la crédulité des hommes, et sa marche ascendante n'a pas encore atteint son terme. Il a toujours eu, sous des formes et des noms différents, le privilége d'exciter vivement la curiosité du monde et de s'imposer à tous les esprits impressionnables attirés par le merveilleux. Le *somnambulisme artificiel* du marquis de Puységur, le *mesmérisme* ou magnétisme animal de Mesmer, enfin le *spiritisme* moderne ne seraient que des aspects différents de la même force.

Le *mesmérisme* était le fils du magnétisme minéral, et il conservait encore dans son mode de génération (baquet de Mesmer) quelques traits révélant son origine paternelle.

Le *somnambulisme artificiel* se sépare déjà de tout pouvoir physique pour rentrer complétement dans le domaine des facultés psycho-cérébrales. Mais son action ne s'exerçait encore que sur des êtres inanimés (arbre du boulevard du Temple) et sur des êtres humains.

Le *spiritisme*, lui, a fait un pas de plus: son influence s'étend jusqu'aux esprits invisibles dont les révélations se traduisent par les mouvements des objets inanimés eux-mêmes, ou bien par la main passivement obéissante du *médium*.

Il est difficile de démêler la vérité au milieu de l'imagination des charlatans, des jongleries des industriels, des illusions des gens simples, de l'entraînement ou de l'opposition systématique des savants.

Andry et Thouret, désignés par l'Académie de médecine de Paris, avaient su réduire à leur juste proportion les merveilles du magnétisme minéral.

MM. Dubois (d'Amiens) et Burdin (1) ont à leur tour combattu à outrance, en qualité de mandataires de l'Académie de médecine, l'existence du magnétisme

(1) *Histoire académique du magnétisme animal*, accompagnée de notes, etc.; Paris, 1841.

animal. Il ressort des expériences consignées dans leur livre qu'ils ont eu affaire, — *le plus souvent* à des imposteurs plus ou moins habiles, — *quelquefois* seulement à des gens convaincus. Ils ont conclu de l'observation attentive des faits soumis à leur contrôle, que le magnétisme animal n'était qu'une illusion.

Nonobstant cet arrêt sévère fondé sur un examen intelligent et scrupuleux, tout n'est pas dit encore sur le magnétisme animal. Les faits tendant à prouver sa réalité sont trop nombreux, des hommes trop intelligents pour être dupes d'une illusion, trop haut placés dans la science pour avoir besoin de recourir au charlatanisme, trop honorables pour qu'il soit permis de douter de leur bonne foi, ont admis *ex professo* l'existence d'un magnétisme animal. Nous avons vu souvent des femmes d'une condition assez élevée, et surtout des femmes nerveuses, être véritablement plongées par des influences tout extérieures, dans un état hypnotique particulier, dans lequel l'activité psychique était modifiée d'une façon tout autre que dans le sommeil naturel.

Mais quelle est l'idée qu'on doit se faire de la nature du sommeil magnétique? Est-ce comme l'ont admis d'abord des esprits distingués, l'empire d'une volonté puissante qui s'exerce sur une volonté plus faible et en fait une esclave soumise et inconsciente, — ou bien n'est-ce qu'un état particulier des sens et des facultés cérébrales provoqué, comme l'hypnotisme proprement dit, par la tension vive et prolongée des nerfs sensibles, par une fatigue de la vue, ou, comme l'extase, par la fixité de la pensée?

La seconde hypothèse est celle qui trouvera le plus de crédit auprès des savants, parce qu'elle rapproche le sommeil magnétique d'autres états mystérieux de l'âme que la science a enregistrés dans ses annales, tels que l'extase et le somnambulisme.

Pour M. Bouchut (1), c'est même tout simplement un sommeil nerveux identique à celui de l'hypnotisme. Cependant, on conçoit aussi qu'une volonté ferme puisse, à un moment donné, en dominer une autre, à tel point que celle-ci cesse complétement de s'exercer lorsqu'elle ne reçoit aucune impulsion de la première, qu'elle n'ait plus alors la moindre spontanéité, et que ses volitions ne soient absolument que celles qui lui sont transmises : ce serait, en un mot, un ascendant moral porté au plus haut degré. — Il est possible aussi, mais ceci est beaucoup plus sujet à caution, que le sommeil magnétique étant préalablement produit par une contemplation quelconque, une volonté étrangère vienne alors seulement s'emparer de celle du sujet endormi, et lui imprimer la direction qui lui convient. Le sommeil magnétique serait ainsi divisé en deux périodes successives : la première, l'initiale, serait marquée par une inertie complète, ou par une divagation de la volonté,— la deuxième, par l'obéissance passive aux ordres d'une autre volonté.

(1) *Revue des cours scientifiques de la France et de l'étranger*, année 1864, n° 9.

Ni dans l'une, ni dans l'autre hypothèse, le sommeil ne ferait arriver à la découverte de l'avenir, pas plus qu'à la perception exacte des phénomènes qui se passent en dehors de la limite normale de l'action de l'âme ou du pouvoir des sens; il ne donnera jamais, par exemple, la connaissance des faits qui se produisent dans des lieux ou à des distances matériellement inaccessibles aux sens de l'homme.

On voit par là que notre interprétation dépouille le magnétisme animal de ses attributs les plus prestigieux : la double vue, la divination, l'omniscience, l'intuition des choses surnaturelles. Ainsi considéré, il n'est plus guère qu'un procédé d'hypnotisme, se distinguant des autres moyens par la nature particulière du sommeil qu'il produit; c'est en effet *un sommeil incomplet caractérisé, tantôt par l'insensibilité, tantôt par la conservation et même l'exaltation de certaines facultés sensitives et intellectuelles.*

Les idées que nous exprimons ici ne sont pas seulement le résultat d'un raisonnement *a priori,* mais elles se trouvent confirmées par les faits dont nous avons été témoin, et ceux qui nous ont été rapportés par des personnes dignes de foi (1).

Nous ne nous sommes étendu si longuement sur la question de l'existence du magnétisme animal et sur ses effets physiologiques que parce que ce sujet avait besoin d'être élucidé, et qu'il peut être, quelle que soit sa nature, une ressource précieuse contre les maladies nerveuses et en particulier les douleurs névralgiques.

En ne considérant que ses propriétés hypnotiques, il pourra servir à calmer les souffrances, et fera goûter au pauvre malade, tourmenté par l'insomnie, quelques moments de repos.

Indications. — C'est surtout chez les personnes nerveuses qu'on y aura recours avec le plus de succès, et ce sont particulièrement les *névralgies hystériques,* plus que les névralgies cérébro-spinales, dont ce moyen pourra le plus facilement triompher, parce que, chez les malades, à l'insensibilité produite par le sommeil nerveux, viendra se joindre l'action mystérieuse et toute puissante de la *foi.*

Mode d'application. — Les procédés mis en usage pour provoquer le sommeil magnétique sont très-variables. Une certaine disposition morale, le silence, l'immobilité sont les conditions exigées de la part du malade. Le regard fixe,

(1) Une malade plongée dans le sommeil magnétique à qui l'on demandait de désigner anatomiquement les enveloppes intracrâniennes, répondit au médecin qui l'interrogeait, que cette question lui paraissait très-singulière, vu qu'il devait les connaître beaucoup mieux qu'elle. — Nous avons pu nous assurer aussi que si l'on dépassait le cercle de leurs connaissances, les individus magnétisés répondaient avec peine ou ne faisaient que divaguer : ils n'ont jamais, devant nous, dit d'exact que ce qu'ils savaient d'avance, ou ce qu'une courte réflexion pouvait leur faire deviner.

la figure rapprochée, les passes ou l'imposition des mains, et, dit-on, la tension énergique de la volonté de la part du magnetiseur suffisent, pour amener, au bout d'un temps variable, un sommeil magnétique plus ou moins complet. Mais il est des cas excessivement nombreux où ces pratiques restent sans effet.

Le réveil se produit facilement par toute espèce d'excitation cutanée.

Hypnotisme. — L'*hypnotisme* proprement dit, sinon découvert, au moins remis en lumière et scientifiquement démontré par M. Braid, de Manchester, en 1841, est un sommeil nerveux artificiel dans lequel la sensibilité tactile est assez complétement abolie pour que la douleur d'une opération ne la réveille même pas.

Ce sommeil serait provoqué par l'action réflexe de la tension douloureuse du sens oculaire.

Les facultés intellectuelles conservent encore une certaine activité. C'est ainsi que M. Giraud-Teulon rapporte que, dans une de ses expériences sur l'hypnotisme, une dame lui fit, durant le sommeil hypnotique, des confidences auxquelles il se hâta de mettre fin en faisant cesser aussitôt cet indiscret sommeil.

Indication. — A cause de la difficulté qu'on éprouve souvent à le produire, ce moyen est à peu près abandonné; il a cependant rendu d'incontestables services en thérapeutique chirurgicale, et ces succès justifieraient son application au traitement des maladies nerveuses. Il suffit, en effet, pour ce qui regarde les névralgies, d'obtenir une insensibilité relative, tandis que l'anesthésie doit être complète lorsqu'il s'agit de pratiquer une opération chirurgicale.

Mode d'application. — Le procédé le plus simple pour produire l'hypnotisation est celui-ci. On suspend à 5 ou 6 centimètres du front, entre les deux yeux, un objet brillant : montre, cuiller, spatule ou un petit appareil *ad hoc*, et on l'y maintient immobile. Le malade regarde fixement cet objet. Il se produit d'abord un strabisme convergent qui est bientôt suivi d'un sommeil hypnotique.

Une friction exercée sur les paupières, quelques mouvements brusques suffisent pour réveiller le patient.

Soins hygiéniques. — Nous avons indiqué déjà, dans le traitement prophylactique, les mesures à prendre pour éviter les atteintes de la névralgie. — Lorsque la névralgie est *déclarée*, l'observation des préceptes hygiéniques, tout en ne guérissant pas, ouvrira la voie à des médications plus énergiques en écartant les obstacles qui pourraient s'opposer au libre développement de leur action. Il ne faudra donc pas négliger ces moyens. — Mais comme nous avons mentionné déjà, chemin faisant, la plupart des conditions hygiéniques auxquelles doivent se soumettre les personnes atteintes de névralgie, et qu'au

surplus, ces conditions diffèrent peu de celles qui s'appliquent au traitement des autres affections, nous ne jugeons pas utile de nous y arrêter ici.

Expectation.—Le chapitre de la *médication expectante* en général, malgré la multiplication infinie des remèdes, prend de jour en jour une place plus grande dans le cadre thérapeutique. Cependant, s'il est un état pathologique qui semble la rejeter d'une manière pour ainsi dire absolue, c'est la névralgie.

On a l'habitude, en effet, de considérer cette affection comme une manifestation morbide déjà parfaite, si nous pouvons nous exprimer ainsi, au moment même où elle voit le jour. On suppose trop souvent aussi qu'elle disparaît tout d'une pièce, comme elle est venue, après une durée variable, et après avoir, pendant son cours, marché d'un pas égal, ou bien subi des interruptions plus ou moins irrégulières. — Or, nous avons déjà montré que la névralgie, à l'instar de presque tous les autres états morbides, passe par différentes phases successives, et qu'elle peut avoir aussi dans son évolution sa période d'*acmé*, d'*état* et de *déclin*. S'il en est ainsi, on comprend que l'expectation puisse être indiquée dans certains cas de névralgie, où la marche et la courte durée des attaques antérieures, la cause légère et momentanée qui a produit la maladie actuelle, la diminution graduelle des douleurs après un accroissement régulier, et d'autres signes qu'un médecin perspicace saura bien découvrir, feront supposer que la névralgie est disposée à cesser d'elle-même après avoir parcouru ses périodes pendant un temps limité. Les moyens pharmaceutiques ou autres que l'on emploierait ne feraient que troubler, dans de telles circonstances, la marche naturelle du mal : ou bien ils entretiendraient la douleur, ou bien ils laisseraient, celle-ci une fois disparue, des traces funestes de leur passage à travers l'économie.

S'il faut d'ailleurs invoquer l'autorité de la science pour faire prévaloir notre opinion, nous pourrons trouver dans les auteurs plus d'un cas de névralgie guérie par l'expectation, c'est-à-dire par un travail curatif tout spontané vis-à-vis duquel le médecin joue purement et simplement le rôle de spectateur.

Bellingeri (1) prétend que les névralgies qui sont restées rebelles à tout traitement finissent par disparaître au bout de dix à douze ans. On trouve dans Sauvages, Thouret et Delpech des mentions de névralgies qui, abandonnées à elles-mêmes après l'essai des traitements les plus rationnels, ont guéri spontanément et de la manière la plus complète. On dirait alors que la douleur épuise à la longue la sensibilité du nerf par des accès répétés comme la succession des élancements fait cesser l'accès lui-même.

Enfin, rien ne prouve en faveur de l'expectation comme les mille et un remèdes préconisés contre les affections névralgiques. A part les réclames dictées par le charlatanisme ou par le désir d'attacher son nom à un médicament inconnu

(1) *Annali universali di medicina.* 1834.

ou à une médication nouvelle, il est encore des publications où des médecins de bonne foi proclament, presque chaque jour, la découverte d'un nouvel *anti-névralgique*. Presque toujours aussi, le moyen si vanté échoue entre les mains des autres praticiens. Le premier s'est donc trompé en prenant la mort naturelle de la névralgie pour sa curation, c'est-à-dire une coïncidence pour une relation de cause à effet.

Nous n'avons plus, pour terminer l'exposition du traitement des névralgies cérébro-spinales idiopathiques rameilaires, qu'à nous arrêter un instant sur les moyens qu'il est convenable d'opposer : 1° à certains états morbides qui viennent compliquer la névralgie ; 2° aux altérations dynamiques ou matérielles que la persistance de la douleur détermine dans les nerfs eux-mêmes ou dans les tissus circonvoisins.

Traitement des complications.

Parmi les complications que l'on peut rattacher à la névralgie, la *fluxion hyperémique* est une des plus fréquentes et la seule dont nous ayons à nous occuper ici.

Il est probable que, pour peu que la douleur ait une certaine intensité et une certaine durée, cette congestion active se produit toujours ; mais la face, où les variations de vascularisation se font si vivement sentir, la montre seule d'une façon bien apparente. — Ainsi que nous l'avons dit en traitant de la nature de la névralgie, nous ne croyons pas que cette congestion sanguine soit la cause efficiente de la névralgie, mais nous devons convenir qu'elle surajoute une gêne à la douleur, et qu'elle amène en outre, en se répétant fréquemment, une inflammation chronique du névrilème, du périnèvre et des parties environnantes. Il n'est donc pas inutile de combattre une complication assez sérieuse pour amener de semblables résultats.

Des *émissions sanguines locales*, des *dérivatifs* intestinaux ou cutanés, des *bains sédatifs* seront les moyens qu'on emploiera pour la modérer.

Traitement des accidents consécutifs.

Lorsque des *lésions organiques* se sont développées consécutivement à ces congestions répétées, le traitement antiphlogistique ou dérivatif devra céder la place à d'autres médications qui varieront suivant la *nature* ou le *degré* de l'altération anatomique.

Les révulsifs locaux, les applications résolutives, l'hydrothérapie, les mouvements spécifiques actifs, rendront aux parties malades leur texture normale. On ne devra pas négliger non plus l'électricité galvanique : M. Remak attribue en effet au courant constant une puissance électrolytique considérable dont la mise en action amène la résolution rapide des *états congestifs* et *subinflammatoires chroniques*.

La souffrance a-t-elle épuisé la *sensibilité* et la *motilité* d'un membre, on aura recours encore à l'hydriatrie, à la kinésithérapie, en même temps qu'aux excitants locaux et généraux (frictions irritantes, eaux minérales sulfureuses, électricité galvanique ou faradique, noix vomique).

Le membre paralysé a-t-il subi déjà un certain degré d'*atrophie*, les applications stimulantes, les mouvements spontanés, les eaux minérales, les courants d'induction pourront faire regagner au membre malade son volume primitif.

Mais souvent, les effets désastreux du mal s'étendent à toute l'économie. Un *éréthisme nerveux* se développe d'abord, puis l'*oligohémie* arrive bientôt à sa suite avec son désolant cortège. Alors les toniques névrosthéniques et analeptiques, aidés par plusieurs des moyens externes que nous venons d'indiquer et par toutes les ressources de l'hygiène, permettront à l'organisme de reconquérir sa vigueur passée et de recouvrer assez de force pour résister victorieusement aux causes morbifiques qui l'entourent.

B. — MÉDICATIONS COMPOSÉES.

Les diverses médications externes que nous finissons d'étudier ne sont pas employées à l'exclusion les unes des autres. On doit même, dans certains cas, les *combiner* d'une manière intelligente pour en obtenir de bons résultats.

Nous citerons, comme exemple, l'adjonction de la gymnastique médicale à l'hydrothérapie; l'aide puissante qu'apporte aux agents pharmaceutiques l'application rationnelle des lois de l'hygiène, et aux autres moyens thérapeutiques, la médication morale, nous paraît également hors de doute. Par ces diverses associations, le praticien se trouvera en mesure de remplir les *indications multiples* que l'observation fait ressortir de tout état morbide, si simple qu'il soit en apparence, si dénué de complication qu'il paraisse.

Maintenant que nous avons terminé l'exposé symptomatologique et thérapeutique général des névralgies idiopathiques des branches cérébro-spinales, ce serait le lieu de faire une description complète de chacune de ces névralgies en particulier, et de faire connaître les moyens qu'il convient de leur opposer.

Mais, outre que cette étude nous entraînerait beaucoup trop loin, elle nous semble à peu près inutile. Tout ce que nous aurions à dire se réduirait, en somme, à l'indication du trajet de la douleur et des points douloureux propres à chacune des névralgies, plus la mention de quelques symptômes spéciaux à telle ou telle espèce. Or, les premières notions seront facilement et rigoureusement déduites des données anatomiques, telles que nous les avons interprétées au chapitre de la douleur, — et quant aux caractères appartenant spécialement à certaines névralgies, ils acquièrent rarement assez d'importance pour fournir une indication thérapeutique particulière.

Ces deux éléments d'ailleurs ne constitueront jamais des *formes* diverses de névralgies : ils formeront tout au plus des *genres* différents dont les symptômes se grouperont toujours sous une seule forme essentielle, celle que nous avons décrite dans les généralités qui précèdent.

Nous nous contenterons donc de renvoyer, pour ce qui regarde les variations dans le siége de la douleur, au tableau synoptique que nous avons donné au commencement de notre travail. Pour ce qui a rapport à la physionomie propre que peuvent revêtir quelques névralgies, nous nous arrêterons seulement à la névralgie trifaciale qui, à ce point de vue, nous semble la plus digne d'intérêt.

Névralgie trifaciale.

La névralgie *faciale* a pour siége un ou plusieurs rameaux de la *cinquième paire*. Le *nerf facial* lui-même participerait quelquefois à la souffrance névralgique. M. Jobert (1) paraît attribuer au nerf de la septième paire une sensibilité propre ; mais nous pensons que cette excitabilité douloureuse du facial a sa source dans la sensibilité récurrente qui lui est communiquée par le trijumeau, le glosso-pharyngien et le pneumogastrique.

La névralgie de la cinquième paire a surtout pour caractère spécial de provoquer très-souvent des *convulsions cloniques*, et même des *contractures* dans les muscles faciaux. C'est de là que lui vient son nom de *tic douloureux*. Elle s'accompagne ordinairement aussi d'une vive *injection* et d'une *hypersécrétion* dans les parties intéressées, de *pulsations* énergiques dans les artères qui se distribuent aux parties malades, et d'élancements intermittents correspondant à ces pulsations (2). Elle se distingue enfin par l'*acuité* extraordinaire de la douleur.

Cette douleur se borne rarement à un seul rameau ; elle prend ordinairement de l'extension, soit en gagnant d'autres filets nerveux, soit en passant d'une branche à une autre. Les névralgies *frontale, sous-orbitaire, dentaire postérieure* et *mentonnière* sont celles qui se circonscrivent le mieux, et offrent avec le plus de netteté les particularités que nous avons indiquées plus haut.

Quant à sa *marche*, les attaques et les accès sont, comme les douleurs lancinantes, presque toujours *intermittents :* ils sont même souvent périodiques.

La névralgie faciale est une de celles qui résistent avec le plus d'opiniâtreté.

C'est surtout contre elle qu'ont été dirigées les médications que nous avons passées en revue; elles lui sont à peu près toutes applicables, mais elles sont loin d'être toutes efficaces.

(1) *Études sur le système nerveux*, Paris, 1858, t. II.

(2) Van Swieten aurait même vu des battements multipliés, non isochrones à la systole du cœur. (*Comment.* in *aphor. Boerh.* § 757).

Il est un médicament qui se trouve ici spécialement indiqué, c'est l'aconit, ou plutôt son alcaloïde, l'*aconitine*.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit de ce remède dans la médication narcotique : notons seulement que l'aconit (extrait alcoolique) a réussi surtout dans les névralgies faciales *périodiques*, et qu'il a dû être donné à *haute dose* (Aran).

C'est la névralgie faciale ordinaire que nous venons de décrire. Il y a quelques années, M. Trousseau a fait connaître, dans ses leçons cliniques, une névralgie de la face possédant des caractères assez tranchés pour être digne d'une étude spéciale et pour recevoir une désignation particulière : celle de *névralgie épileptiforme*.

Cette névralgie se déclare ordinairement sans qu'on puisse découvrir, soit dans les antécédents, soit dans l'état actuel du malade, la cause d'une névrose aussi singulière.

Au milieu d'un calme souvent parfait, une douleur *horrible* éclate dans un côté de la face, dure une minute au plus, puis disparaît en ne laissant qu'un peu de malaise ou même un repos complet ; elle est quelquefois pulsative, et reste presque toujours concentrée dans un des côtés du visage.

Dans le moment où le malade éprouve cette vive douleur, il pousse des cris, secoue la tête, et par un geste singulier, comprime ou frictionne avec une grande énergie la partie douloureuse.

Le plus souvent, aucun trouble dans les mouvements n'accompagne l'accès ; quelquefois, en même temps que la souffrance se fait sentir, les muscles de la face entrent en contraction, et constituent alors un tic douloureux.

Le siége est une ou plusieurs ramifications du trijumeau ; chez certains malades, on a vu la douleur avoir pour points de départ les trois points d'émergence de la cinquième paire.

Les accés se répètent la nuit comme le jour, sous l'influence des variations atmosphériques, des émotions morales, des mouvements de la face ou des lévres, d'une pression exercée sur les points douloureux. Les intervalles qui séparent ces paroxysmes sont assez variables ; ordinairement, de quelques secondes à quelques minutes ; quelquefois la tranquillité dure plusieurs heures. Les attaques elles-mêmes peuvent rester plusieurs jours, plusieurs mois sans se renouveler et sans laisser la moindre trace, mais la plupart du temps, le point d'émergence du nerf demeure endolori. Le retour des crises s'annonce, dans certaines circonstances, par des phénomènes particuliers tels que des douleurs lombaires ou une éruption prurigineuse.

L'intelligence et la mémoire restent intactes au milieu de cette hyperalgésie. Les autres fonctions s'accomplissent aussi normalement,—et, si ce n'est l'expression d'anxiété qui se répand sur le visage, et les convulsions qui s'y montrent

parfois, aucun signe objectif ne trahit à l'extérieur un mal aussi terrible.

On voit, par la description qui précède, que ce genre de tic douloureux n'est pas la névralgie faciale spasmodique que tout le monde connaît. Il en diffère par plusieurs points : soudaineté, atrocité, brièveté de la douleur, disparition brusque et complète de celle-ci après une durée presque constante, opiniâtreté désespérante du mal. En l'éloignant du tic douloureux ordinaire, ces caractères distinctifs le rapprochent de l'*aura epileptica*, et lui ont valu le nom de névralgie *épileptiforme*. Qu'on se garde bien pourtant de considérer celle-ci comme un symptôme de l'épilepsie, car elle n'est ni le prélude, ni le signe de cette dernière affection.

La névralgie épileptiforme, nous venons de le dire, est à peu près incurable. Les moyens les plus énergiques n'ont jamais réussi qu'à diminuer passagèrement la douleur, ou à rendre un peu plus longs les intervalles des accès. Les trois seuls moyens dont on ait obtenu quelque effet sont : 1° la *section* ou la *résection* du nerf malade, 2° l'*électricité*, 3° l'*opium* à doses énormes.

La première *opération* fait disparaître ordinairement la douleur, mais celle-ci ne tarde jamais à revenir plus ou moins longtemps après, soit à la même place, soit dans un point voisin.

La *faradisation cutanée* a réussi dans quelques cas à atténuer la douleur entre les mains de M. Duchenne (de Boulogne) (1).

La *galvanisation* a échoué.

La médication dans laquelle M. Trousseau met le plus de confiance est celle qui consiste à administrer de l'*opium* à des doses qui n'ont d'autres limites que l'intolérance ou la cessation de la douleur. Il arrive le plus souvent d'ailleurs que les effets physiologiques de l'opium ne se manifestent qu'au moment où la douleur commence à perdre de son intensité, et, en général, les doses peuvent être d'autant plus élevées que la douleur est plus vive. C'est en se conformant à ces principes que M. Trousseau a pu arriver à la dose effrayante de 15 et même 20 grammes d'opium brut, en commençant par 15 ou 20 centigrammes de sulfate de morphine, ou par 40 à 50 centigrammes d'opium brut.

On pourrait peut-être, avant d'avoir recours à ces doses énormes, essayer ici le *bromure de potassium* dont les propriétés anesthésiques ont déjà rendu de si grands services en thérapeutique.

Quant à la nature de la névralgie épileptiforme, ses transpositions quand on pratique la section du filet malade montrent bien que, malgré sa localisation, elle n'est que l'expression d'une disposition générale ne se rattachant, jusqu'à cette heure, à aucune diathèse connue.

Une variété de cette névralgie épileptiforme est celle qu'a observée M. Fleury chez une dame encore jeune, au tempérament nerveux, qui avait été vivement

(1) *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 2e édit. Paris, 1861, page 959.

éprouvée par des chagrins de famille et des douleurs gastriques et dentaires. Nous nous contenterons de retracer sans commentaires la description suivante qu'en donne M. Fleury. « Une douleur atroce se faisait brusquement sentir à l'épigastre; la malade tombait à terre, restait privée de connaissance pendant huit à dix minutes; revenait à elle, se débattait sur le plancher contre une suffocation extrêmement pénible, et le tout se terminait par une sensation d'accablement et de fatigue. »

Ces attaques devinrent par la suite d'une longueur et d'une fréquence désespérantes, puis diminuèrent peu à peu d'intensité, puis disparurent un an après leur première manifestation pour faire place à des accidents graves du côté des voies digestives.

B. — *Névralgie musculaire.*

Il n'y a pas longtemps que ce terme a pris cours dans la science pour désigner spécialement l'état pathologique que nous allons étudier. On confondait en effet, et l'on confond encore souvent aujourd'hui, sous le nom générique de *rhumatisme musculaire, douleurs rhumatismales musculaires, douleurs rhumatoïdes, rhumatisme nerveux, rhumatisme apyrétique,* des affections douloureuses dont la nature est essentiellement différente. Toutes les fois qu'il était difficile d'assigner à une douleur assez mal localisée, paraissant occuper particulièrement les muscles, plus ou moins continue, mais s'exagérant par les mouvements ou pendant la nuit, toutes les fois qu'il était difficile, disons-nous, de découvrir à cette douleur une cause bien déterminée, ou que la seule cause appréciable était l'action du froid humide ou l'impression brusque et prolongée du froid, on lui appliquait le nom de douleur rhumatismale, on prescrivait le repos et des révulsifs cutanés, et tout était dit.

M. Roche (1) a, l'un des premiers, signalé cette confusion, et tenté d'établir l'existence des névralgies musculaires non rhumatismales. Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (2) font mention de douleurs particulières lancinantes auxquelles ils donnent le nom de *rhumatisme névralgique*, mais dont ils font encore cependant une variété de rhumatisme musculaire Longtemps avant eux, Scudamore avait rencontré dans ce qu'on appelait rhumatisme musculaire, des douleurs comparables à des décharges électriques, douleurs que des auteurs regardent comme appartenant spécialement à la névralgie.

Valleix (3) admet qu'en principe le rhumatisme musculaire et la névralgie

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *arthrite*, t. III, p. 458.
(2) *Op. cit.*, t. VII, page 405.
(3) *Guide du médecin praticien*. Paris, 1847, t. X, page 194. — *Études sur le rhumatisme musculaire*, in *Bulletin de thérapeutique*, année 1848, page 296.

sont les mêmes affections dont le siége est seulement différent, et cela suffirait, de son propre aveu, pour en faire deux espèces nosologiques différentes.

M. Duchenne (de Boulogne) (1) adopte la dénomination de *névralgie musculaire*, mais ne distingue point encore celle-ci du rhumatisme musculaire. Les deux caractères qui l'empêchent de faire rentrer ce genre d'affection dans le cadre des névralgies sont : 1° la non-identité de siége (houppes nerveuses terminales d'un côté, branches nerveuses de l'autre), et 2° la continuité des douleurs. Or, la première de ces deux distinctions devrait au contraire rapprocher ces douleurs nerveuses musculaires des névralgies, car il ne serait pas rationnel d'admettre que la douleur cesse d'être névralgique par cela seul qu'elle occupe les extrémités des branches nerveuses terminales. M. Van Holsbeek (2) a vu en effet des névralgies, dans lesquelles la douleur n'occupait primitivement que le tronc du nerf, s'étendre progressivement vers la périphérie, et envahir définitivement les muscles d'un membre tout entier; l'inverse s'est également produit sous ses yeux.

Quant au second caractère différentiel, il est loin d'être exact : le fût-il, cette seule différence ne justifierait pas une séparation radicale (3).

M. Dupuy (de Frenelle) (4) et M. Bourguignon (5) sont les auteurs qui ont établi de la manière la plus nette et la plus rationnelle l'existence fréquente de

(1) *Archives générales de médecine*, années 1850-1851.

(2) *Compendium d'électricité médicale*, 2e édit. Bruxelles, 1861, page 356.

(3) Les douleurs continues doivent être attribuées, lorsqu'elles existent, plutôt à une *inflammation* qu'à une *pure névrosthénie*. Plusieurs circonstances tendraient à le démontrer : ces douleurs continues sont presque toujours augmentées par la compression; elles suivent souvent une marche régulièrement progressive; elles ont communément, pour complication primitive ou consécutive, des paralysies plus ou moins complètes (Bourguignon et Sandras, *op. cit.*, t. II, page 22). — M. Remak (*op. cit.*, page 361) déclare d'une façon expresse que « dès qu'il existe des douleurs dans les muscles ou les troncs nerveux avec une augmentation rapide de la faiblesse et un amaigrissement notable, sans contractions musculaires, et sans signes d'inflammation articulaire ou tendineuse, il s'agit de névrite aiguë (*neuritis nodosa*), c'est-à-dire d'une inflammation exsudative des nerfs de ces muscles. » M. Duchenne rapporte lui-même dans son ouvrage plusieurs cas qui nous paraissent rentrer complétement dans le même ordre de douleurs. Il les qualifie de *rhumatismes musculaires* et révoque leur nature inflammatoire, attendu que ces douleurs ont cédé à l'excitation électro-cutanée. Mais chez plusieurs malades, elles ont reparu plus ou moins longtemps après l'électrisation, et on les a vu revenir plus vives que jamais quand les individus, se croyant guéris, reprenaient leurs travaux. M. Duchenne lui-même attribue au repos qu'ils nécessitent, la plus grande part dans l'efficacité des moyens ordinaires (sangsues, ventouses scarifiées, vésicatoires, etc.)

Il nous semble que l'interprétation judicieuse des remarques qui précèdent aurait dû conduire ce praticien distingué à reconnaître la nature inflammatoire de ces douleurs continues.

(4) *Op. cit.*

(5) *Op. cit.*, page 41 et suiv.

la névralgie musculaire ou *myo-névralgie* d'un côté,—et, de l'autre, la présence beaucoup plus rare dans les troncs nerveux et dans les muscles, de *douleurs véritablement rhumatismales*. « Je ne considère pas comme rhumatismales, dit le dernier auteur, les douleurs musculaires ressenties sur une large surface, lorsque la phlegmasie générale rhumatismale a fait défaut. Nous n'accepterons donc, comme dépendant de la diathèse rhumatismale, que les névralgies observées chez des sujets qui, à un moment donné, ont réellement été affectés de fièvre rhumatismale et de tous les accidents généraux qu'elle comporte, ou qui, héréditairement, ont reçu une prédisposition congénitale à cette diathèse. »

En conséquence, c'est à ces dernières seules qu'on devra désormais réserver le nom de névralgies rhumatismales.

Les douleurs appelées *rhumatoïdes*, qu'on observe si souvent chez les vieillards, et particulièrement les vieux soldats, dans les pays à température inégale et généralement assez basse, et cela, en dehors de toute pyrexie rhumatismale, devront perdre leur qualification ordinaire pour rentrer dans le cadre des névralgies musculaires. Parmi celles-ci se rangeront également les cas nombreux de douleurs musculaires dont M. Bourguignon rapporte une observation typique (1), et qu'on a considérées jusqu'ici comme rhumatismales, à cause surtout de leur développement brusque sous l'influence d'un refroidissement local.

Nous comprenons difficilement d'ailleurs qu'on ait conservé si longtemps cette dénomination vicieuse, car ces douleurs ne présentent ni les *signes locaux*, ni les *symptômes généraux* de la maladie rhumatismale : on ne retrouve en effet ni les exsudations propres à la phlegmasie rhumatismale, ni la réaction fébrile, ni les sueurs profuses odorantes particulières au rhumatisme aigu. Pourquoi donc appeler rhumatismales des affections qui ont si peu de points de contact avec le rhumatisme ?

Pour nous résumer, nous dirons que les douleurs musculaires, ou bien sont véritablement sous la dépendance d'une holopathie de nature rhumatismale, et alors on a affaire à des névralgies qu'on ne peut appeler que *rhumatismales*, ou bien ces douleurs n'ont rien de commun, soit par leur coïncidence, soit par leurs symptômes spéciaux, avec un principe diathésique rhumatismal, et alors il faut rejeter comme absolument impropre le nom de rhumatisme nerveux ou de névralgie rhumatismale pour adopter une dénomination plus juste, celle de *névralgie musculaire*.

Les névralgies musculaires ainsi isolées du rhumatisme viennent prendre place dans le cadre nosologique à la suite des névralgies ramellaires.

Nous allons étudier, comme nous l'avons fait pour celles-ci, leurs symptômes et leur traitement.

(1) *Op. cit.*, pag. 27.

Symptômes, marche, durée, terminaison.

Nous ne voulons pas revenir ici sur les caractères communs à toutes les névralgies, caractères que l'on peut retrouver dans le long exposé que nous avons fait des symptômes appartenant aux névralgies ramellaires. Il nous suffira d'indiquer les signes distinctifs de la névralgie musculaire.

Elle prend naissance le plus souvent sans *cause* connue, ni prédisposante, ni occasionnelle; parfois, on peut reconnaître l'influence d'un refroidissement brusque, ou l'action prolongée d'une atmosphère froide et humide. Un écart de régime, une fatigue peuvent venir en aide à l'action de ces causes.

Elle atteint quelquefois immédiatement son plus haut degré d'intensité, mais, dans la plupart des cas, elle va croissant graduellement à partir de son début. Les muscles affectés deviennent le siége d'une *douleur* sourde d'abord, puis de plus en plus vive, soumise à des exacerbations nocturnes, s'exaspérant surtout par les mouvements actifs et les variations de température, mais à un bien plus faible degré que les névralgies rhumatismales. Elles présentent très-rarement le type intermittent.

Les unes sont fixes, les autres mobiles; les premières s'attachent ordinairement aux masses musculaires des lombes (lumbago), au muscle occipito-frontal (gravedo), et quelquefois aux muscles de la plante des pieds. — Les secondes, plus fugaces, occupent tantôt un muscle, tantôt un autre ; parfois, elles sautent d'une région à une autre, et ces déplacements peuvent se succéder au bout de quelques heures; dans d'autres cas, au contraire, les douleurs restent plusieurs jours dans le même point.

Elles sont assez rarement lancinantes, et n'affectent pas, dans les muscles malades, des points douloureux circonscrits.

Assez souvent, elles s'accompagnent d'un certain degré de *paralysie ;* cette inertie musculaire est quelquefois assez prononcée pour faire croire, lorsque la névralgie occupe les muscles voisins de la colonne vertébrale, à l'existence d'une lésion médullaire. Il faut l'attribuer tantôt à la douleur, tantôt à une altération directe de la motilité.

La perte du mouvement tire son origine, ou d'une lésion du système musculaire (paralysie musculaire), ou d'une lésion du système nerveux (paralysie nerveuse). La paralysie nerveuse, à son tour, reconnaît trois origines possibles, selon que les systèmes sensitif et moteur sont atteints séparément ou tous deux à la fois (1). Ici, c'est la *paralysie nerveuse* qui est la cause de l'amyotilité.

Les névralgies musculaires ont une grande tendance aux récidives : elles passent facilement à l'état chronique, et c'est surtout alors qu'on observe les douleurs fixes ou mobiles dont nous avons parlé.

(1) Cl. Bernard, *Op. citat.*, pag. 205.

Ces névralgies musculaires *chroniques*, plus encore que les névralgies ramellaires, peuvent amener à leur suite des atrophies musculaires qui pourraient faire naître des doutes sur leur nature névralgique, si l'on ne se rappelait qu'une immobilisation prolongée suffit pour entraîner un défaut de nutrition, et qu'il faut y joindre ici l'hyperémie chronique qui suit presque inévitablement la douleur.

Elles se compliquent quelquefois, pendant leur cours, de névralgie ramellaire ou d'hyperesthésie cutanée.

Leur *durée* est variable. Les névralgies aiguës cessent au bout d'un ou de quelques jours ; — les névralgies musculaires chroniques durent souvent toute la vie.

Traitement.

Il résulte de la description que nous venons de tracer, que le traitement applicable aux névralgies musculaires diffère par plusieurs points de celui que nous avons indiqué pour les névralgies des branches nerveuses du système encéphalo-rachidien.

La *prophylaxie* consiste à éviter autant que possible les causes de refroidissement (humidité et variations de température), la fatigue, les écarts de régime, — à se couvrir le corps de flanelle, ou, au contraire, s'habituer de bonne heure à se passer de vêtements épais par la pratique hygiénique d'une hydrothérapie bien entendue.

Les névralgies musculaires subites et récentes guérissent assez facilement. Les récidives, et celles qui ont débuté lentement, constituent une affection presque incurable, sans doute à cause des altérations organiques qu'elles finissent par amener, non-seulement dans les tissus malades, mais encore dans les parties environnantes.

Pour les premières, comme pour celles-ci, on aura recours avec le plus de succès aux *révulsifs cutanés* agissant sur une assez grande étendue : fomentations ou applications excitantes faites avec l'alcool camphré, ou un mélange d'alcool et de chloroforme, ou du chloroforme pur (Dupuy), — bains de vapeurs simples ou térébenthinés (Macario), bains sulfureux, bains au sublimé, bains de mer, — fumigations aromatiques, — frictions ammoniacales, térébenthinées, — emplâtres ou onguents irritants, — ventouses sèches, — sinapismes, — vésicatoires volants, — révulseur de Baunscheidt, — faradisation cutanée.

M. Remak a appliqué avec avantage les *courants galvaniques constants* au traitement des névralgies musculaires : il rapporte, entre autres, un cas désigné sous le nom de rhumatisme nerveux aigu non fébrile, qui ne nous semble autre chose qu'une névralgie musculaire coïncidant avec une névralgie de plusieurs troncs nerveux, et où deux séances de courants stabiles ont suffi pour

faire disparaître la douleur ainsi que la gêne dans les mouvements (1). — Outre cette action *anesthésique*, le pouvoir *électrolytique* du courant stabile s'exerce sur les exsudats consécutifs à une stimulation douloureuse prolongée, et en opère rapidement la résolution. Se fondant sur des expériences personnelles, M. Remak croit, de plus, que le courant constant, appliqué même exclusivement sur les parties affectées, possède, jusqu'à un certain point, une propriété antidyscrasique contre le rhumatisme, laquelle diminue notablement la tendance aux récidives.

Mais cet auteur semble confondre la névralgie musculaire et le rhumatisme nerveux, et, en plus de ces états névropathiques, il admet encore un rhumatisme musculaire : de sorte que son assertion qui, au reste, nous paraît un peu aventureuse, ne peut pas rigoureusement être appliquée à la névralgie musculaire.

L'*électro-puncture* et *l'acupuncture* sont moins employées encore que dans les névralgies des conducteurs nerveux, parce que les points douloureux fixes ne se montrent pas dans la névralgie musculaire.

L'*aimant* a quelquefois réussi à chasser des douleurs musculaires rebelles.

Après l'électricité, c'est à l'*hydrothérapie*, empirique ou rationnelle, qu'on a dû les succès les plus éclatants. La dernière surtout a développé toute sa puissance entre les mains de Valleix (2) et de M. Fleury (3). Il importe, pour réussir, de faire un choix convenable parmi les moyens hydriatriques, et il faut, pour cela, se rappeler la distinction que nous avons établie plus haut, distinction fondée sur les différences d'intensité et de durée qu'on observe dans les névralgies musculaires.

Les myo-névralgies aiguës et légères céderont à l'usage d'une compresse imbibée d'eau froide appliquée pendant douze heures sur la partie malade, en ayant soin d'enlever la compresse au bout de ce temps, et de lotionner la partie malade avec une éponge et de l'eau froide. La compresse doit être recouverte de taffetas gommé ou de linge sec, afin de modérer l'évaporation.

Valleix prétend même que de simples lotions froides pratiquées rapidement une ou deux fois par jour ont suffi pour vaincre le mal.

Les névralgies à la fois aiguës et intenses devront, pour guérir, être combattues par la sudation en étuve sèche, suivie de douches froides générales et locales. Dans plusieurs de ces cas, une seule séance a suffi (4).

Mais si la névralgie musculaire est ancienne et rebelle, on n'en triomphera qu'à l'aide d'un traitement plus long et plus énergique. Il sera nécessaire en outre d'y apporter de légères modifications. L'eau aura une température de

(1) *Op. cit.*, pag. 307.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, année 1848, t. XXXV.
(3) *Op. cit.*
(4) Fleury. *Op cit*, page 331 et 332.

+ 8° à + 10° C, et une grande force de projection. Les douches locales et générales, données deux fois par jour, seront précédées comme plus haut de la sudation en étuve sèche; mais il faut user sobrement de cette dernière pratique (1).

Le *massage*, employé concurremment avec l'électricité et l'hydrothérapie, serait d'un puissant secours contre les névralgies musculaires causées surtout par la fatigue et le froid. Quand on n'a pas recours au massage, un repos complet doit être prescrit.

Les *narcotiques* ont été donnés avec quelque succès, particulièrement lorsqu'ils sont administrés par la voie endermique.

L'application de la *chaleur* n'est pas toujours favorable. M. Fleury dit qu'elle éternise le mal.

Avant qu'on n'employât les divers moyens que nous venons d'énumérer, on avait recours jadis aux *antiphlogistiques* et aux *émollients :* cataplasmes émollients, sangsues, ventouses scarifiées. Cette médication avait pour effet de nécessiter un repos avantageux, et de produire à la peau une révulsion qui n'était pas sans utilité. Mais ce traitement doit être à peu près abandonné pour les névralgies musculaires, parce qu'il s'oppose à l'application de plusieurs autres moyens beaucoup plus efficaces.

L'*atrophie* consécutive sera combattue avec plus ou moins de succès par les frictions, les fumigations et les bains excitants ou toniques, l'hydrothérapie, l'électricité.

Les mêmes agents thérapeutiques auxquels on pourrait associer la strychnine ou le seigle ergoté seraient encore indiqués dans le cas où une paralysie nerveuse accompagnerait cette atrophie.

C. — *Névralgie cutanée.*

Nous préférons cette désignation à celles d'*hyperesthésie cutanée*, de *dermalgie*, qui sont le plus généralement adoptées, parce que le terme que nous choisissons fait préjuger la véritable nature de la maladie en la rattachant aux deux formes de névralgie que nous avons étudiées précédemment.

C'est seulement dans ces derniers temps que l'algésie tégumentaire a attiré l'attention des observateurs. Valleix est encore un des premiers auteurs qui en ait fait ressortir la nature névralgique (2). MM. Monneret et Fleury signalèrent dans le *Compendium de médecine pratique* (3) des douleurs d'origine hystérique qui paraissaient résider dans la peau. Avant ces auteurs, MM Piorry et Jolly avaient fait connaître diverses espèces d'hyperesthésie cutanée. Romberg

(1) *Ibid*, page 556 et 557.
(2) *Op, cit.*, pag. 137 et suiv.
(3) T. 5, 1842.

l'avait également mentionnée. Mais les premiers n'en avaient fait qu'une étude encore superficielle, et le pathologiste allemand n'avait guère décrit que des hyperesthésies de la peau qui pouvaient être rattachées à des lésions organiques.

M. Beau (1) a essayé de tracer une histoire générale et complète de l'algésie cutanée ; mais encore imbu des idées anciennes, il a fait pour les affections douloureuses de la peau ce qu'on avait fait pour les muscles, c'est-à-dire qu'il a considéré la dermalgie comme une affection de nature rhumatismale. Il est vrai que souvent les hyperesthésies qu'il a observées étaient le résultat de l'impression brusque du froid, mais cette circonstance étiologique est bien loin de suffire pour faire d'une maladie quelconque une affection rhumatismale. Nous avons vu nous-même plusieurs cas de dermalgie aiguë produite évidemment par un refroidissement local, et chez lesquels nous avons noté l'absence complète de tout phénomène susceptible d'être rattaché à la pyrexie ou même à la diathèse rhumatismales. En second lieu, M. Beau a fait rentrer dans la catégorie des dermalgies, des douleurs de la peau qui n'étaient que l'expression d'une névralgie des filets nerveux sous-cutanés. Enfin, certaines douleurs prodromiques et symptomatiques sont encore rangées parmi les dermalgies.

Il est donc assez difficile de faire à l'aide de ces observations, et de quelques autres éparses dans les auteurs, une histoire exacte de la dermalgie *idiopathique*. Nous tenterons cependant d'en donner ici un aperçu aussi complet que nous le permet l'étroitesse du cadre qui nous est tracé.

Causes.

Les causes générales de cette affection sont celles des névralgies idiopathiques ordinaires. Quant aux causes locales, ce sont surtout les influences atmosphériques, et, particulièrement, l'impression du froid qui ont paru l'occasionner le plus souvent. Dans un cas remarquable rapporté par M. Bourguignon (2), une forte contusion du côté gauche de la poitrine avait été le point de départ d'une dermalgie qui avait envahi toutes les parties de l'enveloppe cutanée situées au-dessous du point frappé. Le même auteur a vu une dame être prise de dermalgie quelques jours après l'opération d'une tumeur du sein.

Symptômes.

La dermalgie est caractérisée exclusivement d'une manière subjective par des sensations douloureuses se présentant surtout sous deux formes : la douleur *fixe* et la douleur *intermittente*. La première, lorsqu'elle est légère, ressemble à l'agacement que fait éprouver le contact d'une toile d'araignée ; lorsqu'elle est plus intense, elle fait l'effet d'une brûlure, d'une cuis-

(1) *Note sur les dermalgies*, etc., *Archives générales de médecine*, Année 1841, t. XII.
(2) *Op. cit.*, page 142.

son analogue à celle d'un vésicatoire où le derme est mis à nu. La douleur intermittente affecte la forme d'élancements, de coups d'épingle, ou de clous enfoncés dans la peau (1). Elles sont très-vives, se répètent à de très-courts intervalles, augmentent surtout la nuit, et ne cèdent pas à la pression qui cependant semble diminuer la douleur fixe. L'une et l'autre sont exaspérées par le frottement. Elles peuvent exister simultanément ou isolément.

Le *siége* de ces douleurs est ordinairement assez circonscrit ; elles occupent de préférence les parties de la peau qui sont recouvertes de cheveux ou de poils.

Il n'existe naturellement ni altération locale de la peau, ni phénomènes de réaction fébrile.

Marche et durée.

Cette affection se développe d'habitude graduellement et disparaît insensiblement comme la névralgie musculaire. Elle présente assez souvent une tendance marquée à gagner de proche en proche et à atteindre ainsi des parties fort éloignées du point de départ.

Sa *durée* dépasse rarement une quinzaine de jours ; mais elle est sujette aux récidives.

Traitement.

M. Beau a presque toujours vu céder la dermalgie à des moyens simples tels qu'une *chaleur* modérée appliquée localement, et les moyens généraux propres à provoquer la *sudation*. Rarement il a été nécessaire de recourir aux *vésicatoires*. Dans les cas où son début a été marqué par une chute, une opération, elle a montré beaucoup plus de ténacité ; la *faradisation*, employée avec tant de succès dans les dermalgies hystériques, réussirait sans doute encore mieux ici. Les bains prolongés seraient un utile auxiliaire des autres médications.

Nature.

La *nature* de la névralgie cutanée est la même que celle de la névralgie musculaire dont elle fait pour ainsi dire le pendant : c'est un *état algésique des extrémités terminales des nerfs;* la dermalgie, il est vrai, est généralement plus douloureuse que la myosalgie, mais on en trouve la raison anatomique dans le nombre plus considérable des filets nerveux répandus dans le derme et la présence des corpuscules du tact, lesquels manquent, comme on sait, à la terminaison en anse des filets musculaires. On comprend aussi que la

(1) Valleix est tenté de rattacher ces douleurs intermittentes à l'existence d'une névralgie ramellaire : il n'accorde à la dermalgie que la douleur fixe qui serait toujours légère, et surtout la douleur vive provoquée par le frottement.

névralgie cutanée puisse exister au même titre que les névralgies ramellaires, puisque nous avons démontré que souvent, il n'y avait d'atteints, dans ces derniers, que tels ou tels points de leur trajet. Son existence, en tant que névralgie, nous paraît donc incontestable.

Quant à la qualité d'*idiopathique* que nous reconnaissons à la névralgie cutanée que nous venons de décrire, il nous semble que, malgré le petit nombre d'observations recueillies jusqu'à présent, on ne peut la lui refuser, car, à défaut même d'observations authentiques, on devrait admettre la réalité de la dermalgie idiopathique, comme tout le monde admet celle de la névralgie idiopathique des rameaux nerveux. La réalité de cette névralgie idiopathique ne diminue en rien l'importance des algésies cutanées *diathésiques* (rhumatismales, hystériques, etc.), ou *symptomatiques* d'une lésion locale dont nous aurons à nous occuper par la suite : elle ne fait qu'en réduire un peu le nombre.

D. — *Névralgies centrales.*

Nous entendons, avons-nous dit, par *névralgies centrales*, celles qui ont leur siége dans les organes nerveux centraux. Ici, nous n'avons à nous occuper que des névralgies de l'*encéphale* et de la *moelle*. Plus tard, nous donnerons un aperçu des névropathies douloureuses des centres ganglionnaires (1).

Les névropathies centrales n'ont été étudiées que très-imparfaitement en France. Mais les pathologistes allemands, et en particulier Romberg, ont depuis longtemps déjà fixé leur attention sur ce point de la science. Leurs travaux laissent cependant planer encore sur la question des névralgies centrales une obscurité regrettable, parce qu'ils ont négligé de séparer les douleurs idiopathiques des souffrances causées par des lésions organiques affectant, soit les centres nerveux eux-mêmes, soit leurs enveloppes.

Cette distinction offre, du reste, une difficulté presque insurmontable qui nous paraît tenir aux circonstances suivantes : d'abord ces névralgies sont en réalité moins fréquentes que les autres, à raison sans doute de leurs conditions anatomiques qui les préservent en partie des causes morbifiques extérieures ; en second lieu, plusieurs de ces névralgies centrales ne se manifestent, en vertu de l'*action excentrique* des nerfs, que sous la forme de névralgies ramellaires, et passent de cette façon inaperçues. Cette *irradiation centrifuge* semble au premier abord inadmissible pour les nerfs sensitifs dont la fonction est de transmettre au centre les impressions périphériques. Cependant la physiologie et la pathologie en offrent de nombreux exemples. La compression brusque du

(1) On conçoit aisément pourquoi nous rangeons les névroses douloureuses du *viscère* encéphalo-rachidien parmi les névralgies cérébro-spinales, et non parmi les viscéralgies ; parce que la désignation de *viscéralgie* est synonyme, pour nous, de *névralgie ganglionnaire*, et non d'affection douloureuse des viscères.

nerf cubital à son passage entre l'épitrochlée et l'olécrâne donne lieu à un fourmillement, et même quelquefois à une douleur vive dans les doigts où ce nerf se distribue. Une tumeur comprimant un nerf sensible, un névrôme développé sur le trajet de ce nerf, produisent à peu près les mêmes effets. Les affections inflammatoires de la moelle ou de ses méninges occasionnent des douleurs intolérables dans les extrémités. Un moxa appliqué sur le trajet d'un nerf affecté de névralgie produit une sensation particulière qui s'étend à toutes ses ramifications (Barras). D'un autre côté, comme le *sensorium* a pris l'habitude, dans l'état physiologique, de reporter aux extrémités périphériques des nerfs toutes les sensations éprouvées, il conserve encore cette tendance dans le domaine pathologique, et croit toujours que l'impression intéresse les extrémités nerveuses, tandis qu'elle a réellement lieu sur le trajet des fibres. Les douleurs ressenties dans les membres amputés ou dans ceux dont la sensibilité est émoussée, sont les plus beaux exemples de cet empire de l'habitude.

Tous ces faits, en démontrant la réalité des *névralgies excentriques,* font comprendre la facilité avec laquelle le praticien peut se faire illusion en prenant pour une névralgie rameilaire essentielle, une affection douloureuse qui est purement et simplement l'expression *périphérique* d'une névralgie centrale.

Malgré que la démonstration clinique des névralgies centrales idiopathiques soit entourée de tant d'obstacles, leur existence doit cependant être admise. Nous avons à invoquer, pour écarter les doutes qui pourraient s'élever à cet égard, les raisons suivantes.

On conçoit d'abord, *à priori,* que la pulpe cérébrale devienne le siège d'une algésie essentielle, puisque la substance blanche est douée, à l'état physiologique, d'un certain degré de sensibilité ; serait-elle d'ailleurs insensible à l'état normal, que cette circonstance suffirait à peine, comme nous croyons l'avoir précédemment démontré, pour faire exclure la possibilité des douleurs névralgiques.

Un fait d'observation, c'est que les fibres cérébrales nerveuses résistent avec la plus grande énergie à la désorganisation phlegmasique. M. Cornil, à cette époque interne à la Salpêtrière, a noté l'intégrité des tubes nerveux dans sept cas d'hémiplégie suivie de contracture permanente des membres (1), et nous avons vu nous-même, dans un cas très-remarquable et parfaitement constaté de gangrène du cerveau, les fibres déliées de la substance blanche conserver leur apparence microscopique normale. En cela, le tissu nerveux central participe aux propriétés des nerfs proprement dits dont nous avons déjà signalé précédemment la résistance extraordinaire à tout processus désorganisateur. Il résulte de ce fait que, dans les cas même où des douleurs vives accompagnent une lésion

(1) *Note sur les lésions des nerfs et des muscles liées à la contracture tardive et permanente des membres dans les hémiplégies,* in *Compte-rendus des séances et mémoires de la Société de biologie,* année 1865.

encéphalique ou médullaire, il faut rapporter souvent cette douleur, non à une altération appréciable de la fibre nerveuse primitive ou des ganglions centraux (1), mais à l'impression dynamique exercée sur ces éléments anatomiques par une lésion des tissus voisins. Pourquoi donc alors le tissu nerveux central ne pourrait-il devenir, primitivement et directement, le siége de la même altération fonctionnelle sous l'influence d'une cause névralgipare encore inconnue?

Quelques observations nécroscopiques viennent à l'appui de cette dernière supposition. M. Andral (2) a eu sous les yeux une femme souffrant d'une céphalalgie tellement atroce, qu'elle poussait des cris continuels.

Cette femme étant morte, M. Andral, dont la compétence en pareille matière ne sera certes contestée par personne, fit un examen complet du cerveau, des méninges et des nerfs, et ne trouva rien dans aucun de ces organes. Une telle observation manque, il est vrai, de détails suffisants quant aux symptômes observés, et surtout quant aux causes auxquelles on eût pu rapporter peut-être le développement du mal, mais elle prouve toujours qu'il existe des céphalalgies essentielles, c'est-à-dire sans lésion anatomique appréciable, qui ne sont pas des névralgies des cordons nerveux.

Valleix n'ose pas nier l'existence de cette céphalalgie idiopathique, c'est-à-dire d'une céphalalgie qui ne peut être rapportée ni à la migraine, ni à la névralgie faciale, ni à des douleurs rhumatismales ou syphilitiques, ni à une congestion cérébrale, ni à une lésion organique.

M. Andral n'hésite pas à donner une place, dans son *Cours de pathologie interne,* à la céphalalgie essentielle.

M. Bourguignon enfin admet la névralgie du cerveau, et regrette seulement que l'état défectueux de la science ne lui permette pas de lui assigner une place dans le cadre des névralgies.

Nous croyons être autorisé, en conséquence de ce qui précède, à affirmer l'existence d'une affection névralgique essentielle du centre encéphalique, affection que nous appellerons *cérébralgie idiopathique.*

La *rachialgie idiopathique,* en vertu des mêmes considérations, doit être également acceptée comme une espèce pathologique.

Malgré la réalité des deux affections que nous venons de nommer, nous nous trouvons très-embarrassé pour décrire leurs symptômes. Les névralgies centrales possèdent cependant des caractères particuliers dont quelques-uns seulement sont le fruit de l'observation clinique; les autres sont constitués par des signes négatifs, ou demandent une vérification ultérieure. Tels qu'ils sont, nous allons les faire connaître.

(1) Nous ajoutons *ou des ganglions centraux,* parce que l'intégrité des fibres nerveuses ne se maintient qu'à la condition d'une communication libre avec des cellules ganglionnaires *intactes.*

(2) *Cours de pathologie interne,* 2e édit. Paris, 1848, t. III, page 120.

1° *Cérébralgie.*

Symptômes, marche, durée et terminaison.

La douleur cérébralgique diffère d'abord par sa forme des autres espèces de douleurs névralgiques : elle ne suit le plus ordinairement le trajet d'aucun cordon nerveux ; elle ne réside ni dans la peau, ni dans les muscles, ni dans les parties osseuses ; la pression, à moins qu'elle ne soit violente, ne donne lieu à aucune exacerbation.

Elle est assez souvent mobile, c'est-à-dire qu'elle passe d'un point à un autre de l'encéphale, ou bien même vient s'épanouir à l'extérieur sous forme de névralgie ramellaire cérébro-spinale.

Elle disparaît la plupart du temps sans raison appréciable, et cela de la manière la plus complète. On reconnaîtra qu'elle est idiopathique, lorsqu'elle aura éclaté sans cause connue, et qu'elle persistera en dépit de l'absence de toute lésion organique ou fonctionnelle locale, et de tout état général susceptible d'occasionner par lui-même le développement d'une névralgie.

M. Teissier (de Lyon) a décrit dans la *Gazette médicale de Lyon* (1) une affection qu'il désigne sous le nom de *céphalée des femmes nerveuses,* et qu'il distingue soigneusement de la névralgie ordinaire. Ici, la douleur est fixe et continue, tantôt obtuse, tantôt lancinante ou pulsative, occupant des points plus ou moins étendus de la tête. Des vertiges, des syncopes, des vomituritions accompagnent quelquefois ces douleurs. Une certaine dépression de l'intelligence, et des troubles légers de la motilité et de la sensibilité viennent assez souvent compliquer la maladie. Elles peuvent être tout à fait idiopathiques ; le plus communément, elles se rattachent à l'hystérie, aux troubles menstruels, à une diathèse herpétique ou rhumatismale. Nous considérons cette céphalée comme une variété de cérébralgie.

Nous avons été nous-même témoin, dans ces dernières années, de deux cas extrêmement remarquables que nous rangerions volontiers parmi les névralgies centrales idiopathiques du système encéphalo-rachidien ; nous les rapporterons sans commentaires.

Le premier est celui d'un jeune homme de 24 ans, au tempérament lymphatique, qui, en l'absence de toute maladie antérieure ou de toute influence héréditaire, fut pris subitement, sans cause occasionnelle appréciable, d'une douleur céphalique tellement atroce qu'il grinçait des dents ou cherchait à mordre, pour se soulager, soit ses draps, soit les assistants ; il poussait en même temps des grognements furieux, et se livrait à des convulsions cloniques désordonnées. Ce premier accès ne dura que quelques minutes. Bientôt, ces crises revinrent

(1) *Union médicale*, n° 10, janvier 1864.

chaque jour et jusqu'à cinq et six fois par jour, avec une violence inouïe. Dans les courts intervalles de ces attaques, il se plaignait, durant les premiers mois de la maladie, d'une douleur aiguë, à peu près continue, siégeant tantôt derrière le front, tantôt sous les pariétaux, tantôt sous l'occipital, s'étendant même à la nuque, le long du dos, et au membre supérieur d'un côté.

L'intelligence, en dehors des accès, dont il sentait instinctivement l'approche, restait parfaitement intacte, et à part la douleur que nous avons mentionnée, la sensibilité tactile et la motilité n'étaient pas altérées; il survint seulement, à une certaine période de la maladie, un peu de strabisme, et une résolution incomplète des membres supérieurs gauches, mais ces accidents se dissipèrent après une très-courte durée. L'économie entière, examinée avec le plus grand soin fut trouvée dans un état anatomique et physiologique normal, abstraction faite des phénomènes morbides précédemment signalés.

Les accès se répétèrent avec la même intensité et la même fréquence durant deux années consécutives, en dépit des moyens énergiques et multipliés qu'on dirigea contre une affection aussi douloureuse. A une certaine époque, un peu moins d'un an après le début du mal, il était arrivé déjà à un degré d'amaigrissement et de faiblesse assez prononcé pour faire croire à sa fin prochaine, et l'on s'attendait de jour en jour à le voir succomber dans un de ses effrayants accès. Or, après un état stationnaire qui persista pendant plus d'un an, les attaques commencèrent à devenir plus rares et plus faibles, les douleurs se dissipèrent, les forces revinrent peu à peu et le malade guérit. Tout traitement avait été depuis longtemps abandonné.

De légères crises se montrèrent encore au commencement de l'année suivante, mais elles disparurent rapidement sans laisser de traces.

Aujourd'hui, ce jeune homme, dont l'intelligence et la mémoire sont intégralement conservées, ne ressent plus que de temps en temps de petites douleurs erratiques dans la tête et dans le dos, lesquelles cessent d'ailleurs spontanément. A l'exception de ces souffrances insignifiantes, il jouit, depuis bientôt un an, de la plus parfaite santé.

Un autre jeune homme, placé dans les mêmes conditions que le premier, fut pris d'une affection semblable à l'occasion d'une plaie contuse de la main; il éprouva, à peu de chose près, les mêmes accidents, mais avec une intensité moindre, et finit, comme le premier, par guérir radicalement.

Siége de la cérébralgie.

Les données physiologiques peuvent seules nous fournir les éléments nécessaires pour déterminer la portion de l'encéphale susceptible de devenir le siége de la douleur névralgique, et encore, laissent-elles dans l'ombre plusieurs points que l'observation clinique élucidera peut-être plus tard.

Il est rationnel de supposer que les parties sensibles du cerveau et du

cervelet seront plus particulièrement atteintes. Or, on sait que la substance grise corticale et celle des ganglions, sont à peu près privées de sensibilité, tandis que la blanche, essentiellement composée de fibres nerveuses primitives, révèle, dans les vivisections, une impressionnabilité douloureuse. Ce fait de physiologie expérimentale nous paraît tellement vrai que nous avons diagnostiqué du vivant du malade la présence d'une masse tuberculeuse occupant la *substance grise* du cervelet, en nous fondant sur l'absence complète de douleurs céphalalgiques, et nous avons eu la satisfaction de voir notre diagnostic vérifié par l'autopsie.

On nous permettra, en conséquence, de supposer que la cérébralgie a pour siége à peu près exclusif la substance blanche de l'encéphale.

2° *Spinalgie.*

Symptômes.

D'après M. Andral, elle s'accompagne de tous les symptômes analogues à ceux que produit une altération de la moelle : ils s'en distinguent seulement par leur mobilité et leur fugacité, et par la transformation des douleurs en névralgies périphériques. Il y aurait aussi, pour la moelle, des troubles fonctionnels qui s'ajouteraient à la douleur.

Nous ne parlons pas ici de *l'irritation spinale* des Anglais, dont la symptomatologie confuse et pluriforme, et les interprétations multiples ont démontré l'inanité, en tant qu'espèce nosologique. La science moderne a prouvé que la maladie désignée sous ce nom était, tantôt une hyperémie du névrilème de la moelle (1), tantôt une congestion des vaisseaux extérieurs du même organe (2), tantôt une névralgie dorso-intercostale (3). C'est en un mot, une maladie complexe qui doit être rayée du cadre nosologique.

Siége de la spinalgie.

Les expériences de Cl. Bernard ont démontré que les faisceaux postérieurs, une portion circonscrite des faisceaux latéraux, et même une partie plus restreinte encore des faisceaux antérieurs, sont doués d'une sensibilité qui leur est probablement fournie par les racines postérieures. La substance grise, quoique conductrice de la sensibilité, n'est pas sensible (Brown-Séquard et Schiff).

Les premiers points sont naturellement les plus disposés aux affections névralgiques. On sait d'ailleurs que sur ces questions de sensibilité des tissus

(1) Ollivier (d'Angers). *Traité des maladies de la moelle épinière*, 3e édit., Paris, 1837, t. II, page 128.

(2) Todd. *The cycloped. of practical medic.*, t. IV, page 644.

(3) Valleix. *Op. cit.*

encéphalo-rachidiens, les physiologistes sont encore loin d'être d'accord et que plusieurs d'entre eux attribuent les phénomènes douloureux qui succèdent à l'excitation, à la présence dans le tissu central de filets extramédullaires provenant des racines postérieures. Mais au point de vue pathologique, il importe peu que la sensibilité soit propre ou communiquée, car ce que nous avons à rechercher ici, c'est le siége anatomique et non la localisation physiologique des sensations douloureuses.

Traitement des névralgies centrales.

Nous n'aurons pas la prétention de tracer des règles de traitement pour des affections encore si mal connues. Nous dirons seulement que si des cas de névralgies centrales essentielles bien caractérisées se présentaient à l'observation, il faudrait avoir recours aux moyens que nous avons indiqués à propos du traitement des névralgies rameilaires, en adoptant de préférence les médications internes. Parmi celles-ci, nous signalerons pour la cérébralgie, la térébenthine (Teissier) et le chlorhydrate d'ammoniaque (Elben).

Il est une affection douloureuse que nous croyons pouvoir rapprocher de la cérébralgie à titre de variété, et dont nous exposerons, pour ce motif, et aussi en raison de son importance, les symptômes et le traitement. Cette variété est la migraine idiopathique.

Migraine.

Symptômes, marche, durée et terminaison.

La *migraine* ou *hémicrânie* se distingue d'abord des autres affections névralgiques par les phénomènes qui précèdent l'apparition de ses accès.

Des troubles de la vue ouvrent habituellement la scène. Ils consistent en des hallucinations bizarres; arcs lumineux agités par des oscillations, se dessinant autour d'une tache obscure, laquelle occupe le centre du champ visuel; la tache obscure s'éclaircit en commençant par sa partie centrale, et l'image, devenue entièrement lumineuse, se dilate et disparaît quand elle a atteint les limites optométriques (1). Ces images sont quelquefois colorées, et peuvent affecter d'autres formes que celle ci-dessus décrite. Nous avons vu, dans un cas, ces hallucinations être remplacées par une cécité complète, mais passagère.

Ces troubles de la vue s'observeront surtout quand la migraine siégera dans les parties circumorbitaires. Dans tous les cas, la durée de ces désordres fonctionnels (quelques minutes au plus) est à peu près en rapport direct avec la durée de l'accès qui va suivre.

Des vertiges et des nausées accompagnent souvent aussi le début des accès

(1) Piorry. *Mémoire sur la migraine.* Paris, 1851.

de migraine ; ces nausées sont quelquefois suivies de vomissements de matières âcres, bilieuses, mais ces vomissements n'ont souvent lieu que pendant l'accès.

En même temps se font sentir, dans divers points du corps, des fourmillements ou un engourdissement assez marqué pour apporter une gêne notable dans les mouvements. Ces phénomènes se déclarent le plus souvent le matin, au moment où le malade se lève.

A la suite de ces signes avant-coureurs, la migraine éclate. Débutant par une sensation pénible de pesanteur, elle acquiert bientôt une vivacité inouïe. Elle se présente sous des formes différentes suivant les accès, ou plutôt suivant les individus. Les uns éprouvent des hallucinations douloureuses des sens ; chez d'autres, la douleur est térébrante, lancinante, tensive, déchirante ou conquassante ; des malades croient que leur tête va éclater ; d'autres, que les parois du crâne se rapprochent l'une de l'autre avec une violence insupportable. Le moindre bruit, l'attouchement le plus léger, le mouvement le plus limité, le plus faible rayon de lumière excitent au plus haut degré ces sensations douloureuses, et pour y échapper, le malade cherche à se plonger dans un silence absolu, dans une obscurité complète.

La douleur occupe le plus souvent la cavité orbitaire et les parties circonvoisines, et cela d'un seul côté ; quelquefois, elle s'étend à d'autres parties du crâne.

Il s'y joint souvent des troubles cérébraux ; confusion des idées, affaiblissement de la mémoire, irritabilité excessive, tristesse insurmontable, et des mouvements involontaires dans certains muscles de la face.

Parmi les phénomènes *objectifs*, on a noté l'expression particulière de souffrance de la face, caractérisée par le froncement des sourcils, l'atonie et la fixité du regard, l'immobilité des traits, l'abaissement des commissures labiales, et la pâleur du visage. Dans la migraine oculaire, la paupière est souvent gonflée et l'œil injecté. Les pulsations artérielles de la partie malade sont ordinairement augmentées. Le pouls radial lui-même est, tantôt petit et serré, tantôt dur et fréquent.

Après une *durée* qui varie de quelques heures à un ou deux jours, des vomissements surviennent, ou un besoin prononcé de sommeil se fait sentir, et, dans ce dernier cas, le malade s'endort pour se réveiller guéri.

Il est rare qu'un accès de migraine ne se reproduise pas. « Les migraines qui reviennent plus de trois fois par mois, ou moins de quatre fois par an sont rares. » (Tissot) (1). Dans les intervalles règne le calme le plus complet.

Elle ne se développe guère que chez les jeunes gens, et disparaît souvent spontanément avec l'âge.

(1) *Des nerfs et de leurs maladies*, t. XI des *Œuvres complètes*, pag. 91. Paris, 1813.

Nature.

Il faut convenir, si notre description est fidèle, que la migraine diffère essentiellement des névralgies ramellaires, tant par la nature de ses symptômes, que par la marche aiguë particulière à ses accès, et leur retour intermittent. — Ce n'est pas davantage une névralgie musculaire ou une névralgie cutanée. — Elle peut encore moins rentrer dans la classe des névralgies ganglionnaires. Il ne lui reste donc plus qu'une place, c'est celle que nous lui donnons ici, dans le chapitre des *névralgies centrales*.

On dirait d'ailleurs que l'étude de plus en plus éclairée de cette maladie a acheminé lentement les observateurs vers cette conclusion.

Tissot, pour ne pas remonter plus loin, fait dériver la migraine d'un état maladif de l'estomac (1). M. Jolly considère certaines migraines comme des névralgies de l'appareil nerveux d'association (2). M. Piorry en fait une névralgie ascendante et généralisée, c'est-à-dire un trouble fonctionnel des épanouissements nerveux qui gagne le *centre* sensitif, et donne lieu aux divers troubles cérébraux qui constituent un des symptômes caractéristiques de la maladie (3). Valleix regarde l'hémicrânie comme une névralgie temporo-faciale (4). M. Pelletan admet que certaines migraines ne sont autre chose que des névralgies affectant primitivement la tête, puis réagissant sympathiquement sur l'estomac (5). Enfin, M. Calmeil rattache la migraine à une lésion double et simultanée du système nerveux *central* et du système nerveux périphérique (encéphale et branche ophthalmique de la cinquième paire) (6). Un pas de plus dans cette voie progressive, un dernier degré à franchir, et nous arrivons à cette conclusion : que la migraine idiopathique est une *névralgie centrale du système encéphalo-rachidien, à laquelle viennent s'ajouter accessoirement des troubles dynamiques des conducteurs nerveux sensoriels, et des altérations sympathiques de l'innervation ganglionnaire.*

Peut-être même les premiers ne sont-ils que des manifestations excentriques du trouble cérébral.

Traitement.

Le traitement est dirigé, ou contre l'accès, ou contre la disposition particulière qui en provoque le retour.

Lorsqu'on est appelé au début d'un accès, le traitement doit consister surtout

(1) *Op. cit.* Paris, 1813.

(2) *Mémoire sur les névralgies du système nerveux de la vie intérieure*, in *Nouv. bibl. méd.*, 1828, t. II.

(3) *Op. cit.*

(4) *Op. cit.*

(5) *De la migraine et de ses divers traitements.*

(6) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit. Art. *Migraine.*

dans l'administration des *narcotiques* à *dose modérée* (Mérat), pris au commencement de la crise, et aux révulsifs cutanés ou gastriques. M. Piorry conseille l'application d'une solution sirupeuse d'*extrait de belladone* sur les paupières de l'œil affecté, dans les cas où la migraine débute par des hallucinations visuelles. Le *valérianate ammonique*, le *chlorhydrate d'ammoniaque*, auraient réussi à faire avorter des accès de migraine.

Lorsque la douleur est arrivée à son paroxysme, il ne reste plus guère qu'à entourer le malade de silence et d'obscurité, et à lui prescrire le repos le plus absolu. Il sera quelquefois avantageux de faire prendre en même temps une infusion aromatique (thé, camomille, fleurs ou feuilles d'oranger), — de couvrir les parties douloureuses de compresses froides, ou de glace, — d'une solution aqueuse de cyanure de potassium, d'eau vinaigrée, d'eau sédative. On aidera l'action de ces médicaments par une légère compression opérée au moyen d'un bandeau.

Quelques autres médications auraient été, dit-on, employées avec quelque succès. De ce nombre sont : la faradisation, les barreaux aimantés (Sigaud), l'acupuncture (Meyranx), etc. Mais l'efficacité de ces divers moyens est loin d'être générale, et leur application est entourée d'une certaine difficulté.

Le traitement destiné à prévenir le retour des accès est presque exclusivement *hygiénique*. Une grande tranquillité d'esprit, un exercice modéré au grand air, une nourriture dont on bannira toute espèce d'excitants, des repas réguliers, et quelquefois un changement d'air éloigneront d'abord, puis finiront par faire disparaître complètement le mal. Il existe dans la science plusieurs exemples de guérisons dues uniquement à l'emploi de ces moyens. Quelques agents pharmaceutiques passent aussi pour éviter la répétition des accès. La *morphine*, administrée dans cinq ou six accès consécutifs aurait, d'après M. le docteur Magistel, procuré une guérison définitive.

A l'exemple de M. le professeur Grisolle, dans l'ouvrage duquel nous trouvons la mention de ce traitement (1), nous doutons beaucoup de l'efficacité d'un pareil moyen. On a proposé, dans ces derniers temps, la *quinine* seule, ou associée à la *digitale;* nous avons vu des succès incontestables résulter de son emploi; mais un plus grand nombre encore de migraines n'ont été modifiées en aucune façon par l'usage de ce remède.

La *Paullinia* de Fournier a donné aussi de remarquables résultats, tant pour le traitement de la migraine que pour le traitement de l'accès. Elle se donne à la dose de 10 centigrammes par jour dans les intervalles de calme, et à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme au début de l'accès.

Mais la continuation de son usage a pour inconvénient de rendre les accès

(1) *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, 7e édition. Paris, 1857, t. II, page 600.

plus longs et plus fatigants, et de laisser après ceux-ci un malaise qu'on n'observe pas quand on laisse le mal livré à lui-même.

Nous n'avons parlé encore que de la migraine *idiopathique*. La migraine *symptomatique* présentera les mêmes phénomènes, mais le traitement devra obéir à des indications spéciales résultant de la cause morbigène. Les anciens avaient admis une foule de ces migraines symptomatiques; les auteurs modernes ne lui reconnaissent guère d'autres causes qu'une pléthore sanguine générale et locale, la chlorose, des troubles utérins, des lésions organiques de l'estomac. La cause occasionnelle résidera souvent dans un jeûne prolongé ou dans une mauvaise digestion

Nous nous abstiendrons de faire connaître les diverses indications qui découlent de ces différentes sources de la migraine, parce que cette énumération nous entraînerait trop au delà des limites de notre sujet.

Nous terminerons l'étude des névralgies cérébro-spinales idiopathiques par celle de la *névralgie générale*.

E. — *Névralgie générale.*

Sous ce titre, Valleix a décrit le premier, en 1847 (1), des états morbides de nature névralgique occupant simultanément différents points du système nerveux cérébro-spinal.

Valleix considère cette névralgie comme *idiopathique;* il ne lui a trouvé d'autre cause appréciable qu'une mauvaise hygiène. Pour M. Bourguignon, au contraire, elle est presque toujours sous la dépendance d'un état *holopathique* auquel la névralgie doit sa généralisation; il étend en outre cette espèce de diffusion de la névralgie au système ganglionnaire.

Nous pensons, quant à nous, qu'il est rationnel d'admettre l'essentialité de la névralgie générale, c'est-à-dire que, si parfois une cause résidant dans l'économie entière vient à la produire, cet état diathésique n'est pas toujours indispensable à son développement : ce qui le prouve, c'est que Valleix a guéri de ces névropathies rien que par la cautérisation transcurrente. Il n'y a rien d'étonnant, d'ailleurs, à ce que le système nerveux cérébro-spinal tout entier contracte directement, sous l'influence de causes prochaines indéterminées comme le sont en général celles des névralgies idiopathiques, une disposition à la douleur qui se manifeste sous la forme de névralgies multiples. Mais si, comme M. Bourguignon, on fait rentrer dans la névralgie générale, des viscéralgies coïncidentes ou métastatiques, on sera nécessairement entraîné à chercher comme lui l'explication de cette extension démesurée dans une cause diathésique.

(1) *Considérations sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps*, in *Union médicale*, mois de mai 1847. — *De la névralgie générale*, etc. in *Bulletin général de thérapeutique*, mois de janvier 1848. — *Union médicale*, année 1861.

On doit rejeter également l'hypothèse d'une lésion organique de l'encéphale ou de la moelle, vu l'intégrité à peu près complète des mouvements et des facultés cérébrales, et l'issue constamment favorable de la maladie.

Nous traiterons plus loin de ces névralgies étendues aux deux systèmes et de ces douleurs névralgiques causées par une altération matérielle. Pour le moment nous n'avons qu'à faire connaître la *névralgie générale idiopathique,* telle que Valleix l'entend, et nous avec lui.

Symptômes, marche, durée et terminaison.

Au point de vue séméiotique, la névralgie générale paraît être quelque chose de plus qu'une association disparate de plusieurs névralgies, car ses symptômes diffèrent par plus d'un point de ceux qui appartiennent aux névralgies isolées.

La douleur, d'abord, ne présente pas sur tous les trajets nerveux malades la même intensité, en sorte que quelques-uns, ceux qui sont le moins douloureusement affectés, échappent à l'attention du patient, et souvent même à une première exploration. Il arrive assez fréquemment aussi que certaines parties de la peau soient privées de sensibilité ; on peut observer aussi un affaiblissement notable affectant particulièrement les membres supérieurs. Cette amyosthénie s'accompagne presque toujours de tremblement. Quant à l'intelligence, elle est un peu paresseuse. Ces derniers phénomènes semblent dénoter une atteinte assez profonde, mais toujours dynamique du système nerveux.

La névralgie générale, qui pourtant n'a rien de grave, a peu de tendance à guérir spontanément.

Traitement.

Le meilleur traitement à lui opposer, d'après Valleix, est la *cautérisation transcurrente,* qui lui a toujours réussi. Il faut la pratiquer, d'après lui, « de manière à atteindre à peu près tous les points douloureux qui existent. » La douleur ne disparaît ordinairement que quelques jours après l'opération, mais il est rare qu'une deuxième application soit nécessaire. On doit y joindre de bonnes conditions hygiéniques.

Les observations de M. Leclerc (1) n'ont fait que confirmer ces résultats. Mais M. Nonat, à la Charité, et M. Bourguignon n'ont pu obtenir par ce moyen qu'un soulagement faible et passager. Le dernier de ces deux médecins conseille d'abord l'usage continu de l'*opium* et de la *belladone* pour calmer l'éréthisme nerveux qui prédispose à ces névralgies.

On pourrait aider cette médication générale en *faradisant* ou *anesthésiant* les points douloureux, et mieux encore en pratiquant des *injections sous-cutanées* de morphine ou d'atropine et en appliquant *loco dolenti* la cautérisation trans-

(1) Thèse de Paris, 1852.

currente. Les autres révulsifs, et en particulier les *vésicatoires volants*, sont des moyens qu'il ne faut pas non plus dédaigner.

Nous n'avons pas à considérer ici le traitement des névralgies générales diathésiques. Nous dirons seulement, qu'étant ordinairement sous la dépendance de l'hystérie, de la chlorose, des principes rhumatismal, goutteux, dartreux, syphilitique, des émanations paludéennes et saturnines, il convient de combattre, par des moyens appropriés, la cause primitive du mal.

II. — Névralgies ganglionnaires ou Viscéralgies.

La *névralgie ganglionnaire* avait été entrevue par Bichat, et il avait essayé déjà d'établir, dans son *Anatomie générale*, l'existence de cette affection (1).

M. Jolly (2), en 1828, a étendu avec raison aux douleurs nerveuses ganglionnaires la qualification de névralgies qu'on n'appliquait jusqu'alors qu'aux affections douloureuses des cordons nerveux émanant de l'encéphale ou de la moelle. Il a déterminé nettement la place qu'ils doivent occuper dans le cadre nosologique. « Les nerfs de la vie organique, dit cet auteur, ont leur manière de sentir, et, bien que les douleurs que l'on éprouve dans les organes où se distribuent ces nerfs aient un caractère particulier, bien que certaines douleurs cardiaques, pulmonaires, utérines, intestinales, hépatiques, etc., ne ressemblent en rien aux douleurs des parties externes, elles n'en sont pas moins de véritables névralgies qui se manifestent sous l'influence des mêmes causes, affectent la même marche, cèdent aux mêmes moyens thérapeutiques (3). »

Valleix a cependant encore écarté du cadre des névralgies, l'algésie des nerfs de la vie organique, non pas que son existence lui parût douteuse, mais parce que la définition qu'il avait donnée de la névralgie en entraînait nécessairement l'exclusion.

Heureusement, tous les pathologistes n'ont pas adopté les idées de Valleix. M. Longet et M. Sandras ont admis l'existence des névralgies viscérales, et, aujourd'hui, il est peu de praticiens qui ne reconnaissent la réalité de cette espèce nosologique.

Nature.

Claude Bernard a prouvé que le système ganglionnaire se rapprochait beaucoup, par ses divisions fonctionnelles, du système encéphalo-rachidien

(1) *Anatomie générale*, t. I, page 229.
(2) *Op. cit.*, page 289.
(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, p. 41-43.

avec lequel d'ailleurs ses fibres se confondent intimement dans la plupart des organes internes.

Il existe en effet dans le grand sympathique des filets *sensibles* et des filets *moteurs*. Mais leur sensibilité, tout à fait spéciale, est telle qu'à l'état physiologique nous n'en avons même pas la conscience. Elle n'en existe pas moins, car, sous l'action des modificateurs extraphysiologiques, ou d'un stimulant qui n'est pas son excitant normal, elle réagit d'une façon appréciable et révèle ainsi son existence. Si, de plus, une cause morbide, presque toujours inconnue dans sa nature intime, vient à troubler primitivement l'état fonctionnel du grand sympathique, alors l'application de l'excitant normal lui-même peut donner lieu à une sensation susceptible d'atteindre les dernières limites de la douleur. On n'a donc pas ici de relation nécessaire entre la *sensibilité physiologique* et la *douleur*.

Il est une conséquence à tirer immédiatement de ce fait, conséquence qui confirme la manière de voir que nous avons énoncée au commencement de ce travail, à savoir que la douleur n'est pas une augmentation de la sensibilité : elle n'en est qu'une *aberration*.

Nous allons passer successivement en revue, comme nous l'avons fait pour les névralgies idiopathiques de la vie de relation, les symptômes et le traitement de la névralgie ganglionnaire.

Symptômes, marche, durée et terminaison.

Nous ferons remarquer au préalable que cette exposition ne sera pas aussi détaillée que celle des névralgies cérébro-spinales. Nous n'avons en effet décrit si longuement ces dernières que parce que nous avons voulu qu'elles servissent de type à toutes les autres; leurs traits principaux s'appliquant à tout ce qui est névralgie, nous n'aurons plus, pour les névralgies viscérales, qu'à indiquer les caractères qui les séparent des névralgies encéphalo-rachidiennes, nous contentant de renvoyer à celles-ci pour les symptômes qui leur sont communs.

La *douleur* est, pour les viscéralgies comme pour les névralgies cérébro-spinales, le symptôme essentiel et prédominant. Mais ses caractères ne sont pas aussi tranchés et surtout aussi constants que dans les névralgies encéphalo-rachidiennes. Elle est, en effet, tantôt sourde, tantôt lancinante, tantôt légère, tantôt assez violente pour exciter du délire et des convulsions (1) ; dans certains cas, elle est passagère et revient par *accès* tout à fait intermittents ; dans d'autres cas, la douleur se fait sentir d'une manière presque continue. Et cela, suivant le viscère atteint, ou suivant les dispositions particulières à chaque organisation.

M. Jolly, en comparant à la douleur des névralgies cérébro-spinales celle des névralgies ganglionnaires, prétend que cette dernière est moins vive, et

(1) Fleury. *Réflexions et observations pour servir au diagnostic des névralgies viscérales*, in *Journal de médecine*. N° d'avril 1843.

offre des exacerbations ordinairement matinales : nous venons de voir que ces signes sont loin d'être généraux. Ce qu'on peut dire avec plus d'exactitude, c'est que les douleurs viscéralgiques sont presque toujours complétement intermittentes au début, et que les accès ne deviennent subintrants que dans les cas où la maladie est ancienne.

Les exacerbations reviennent quelquefois sans cause occasionnelle appréciable ; la plupart du temps, elles résultent de l'excitation physiologique de l'organe (respiration dans la névralgie cardiaque, miction dans la cystalgie, ingestion des aliments dans la gastralgie, coït dans l'hystéralgie). Souvent aussi, une émotion morale fait éclater un accès.

La douleur est rarement pure et simple ; elle s'accompagne communément de sensations particulières (tension, constriction, brûlure, etc.)

Elle est souvent diffuse, et ne présente guère de points douloureux limités : ces élancements, lorsqu'ils existent, ne suivent pas non plus un trajet linéaire. La *pression* développe parfois la douleur, mais le plus souvent, lorsqu'elle est pratiquée méthodiquement, c'est-à-dire graduellement et sur une assez grande surface, elle diminue notablement la souffrance. Une circonstance remarquable qui différencie les névralgies ganglionnaires des névralgies cérébro-spinales, c'est que *jamais la pression ne réveille un accès.* Des phénomènes spasmodiques accompagnent assez souvent la douleur.

Tous ces désordres de l'innervation ne peuvent exister longtemps avec une certaine intensité sans que l'organe malade ne soit troublé dans ses *fonctions.* Aussi observe-t-on le plus souvent un certain dérangement dans les actes physiologiques du viscère, sans que pourtant le résultat final de son activité soit sérieusement compromis. C'est ainsi qu'un développement anormal de gaz accompagne très-souvent la gastro-entéralgie ; que l'on éprouve, dans la cystalgie, des besoins fréquents d'uriner, des palpitations dans la cardialgie, etc. Si la névralgie persistait longtemps, on verrait en outre survenir des désordres organiques qui peuvent, à la longue, acquérir une certaine gravité.

Les troubles généraux sont à peu près ceux que nous avons décrits à propos des névralgies cérébro-spinales. Il est cependant une différence à noter. Toutes les fois que l'algésie aura pour siége un des organes participant directement à la nutrition, l'état général subira beaucoup plus rapidement et beaucoup plus profondément les atteintes du mal. Nous n'avons pas besoin de donner l'explication d'un fait aussi naturel.

D'après M. Jolly, ce serait particulièrement dans les névralgies ganglionnaires qu'on aurait observé une *réaction fébrile intermittente.* « On en conçoit facilement la raison, dit cet auteur, quand on se rappelle que le système circulatoire est presque exclusivement sous la dépendance de l'appareil nerveux ganglionnaire. » Mais, outre que cette explication est loin de nous satisfaire, attendu que la névropathie de l'un ou de l'autre plexus ganglionnaire n'en-

traîne pas nécessairement des troubles dans les nerfs vaso-moteurs, elle vient à la suite d'une assertion que nous trouvons inexacte : il est rare, en effet, que des accès fébriles intermittents viennent à se produire dans des viscéralgies pures de toute complication. Il n'y a guère que la fièvre hectique que l'on voit se déclarer, non pas dans le cours, mais à la fin de certaines névralgies du grand sympathique, et particulièrement, comme nous l'avons fait pressentir plus haut, dans la gastro-entéralgie. Trnka attribue avec raison ces symptômes marastiques, non-seulement à la douleur et à l'insomnie, mais encore à l'insuffisance de la nutrition résultant de l'anorexie, des vomissements, et des autres troubles digestifs (1).

La *marche* des viscéralgies est d'habitude assez irrégulière. La douleur et les troubles fonctionnels subissent fréquemment des fluctuations assez marquées qu'on peut rapporter, soit à des causes morales et notamment des causes affectives, soit à des influences hygiéniques, soit à la médication employée, soit enfin à des causes tout à fait indéterminées.

Elles *durent* plus longtemps que la plupart des névralgies cérébro-spinales, et ont une tendance extrêmement marquée aux récidives ; elles quittent souvent un viscère pour en atteindre un autre plus ou moins éloigné.

Leur *terminaison* est ordinairement favorable. Cependant, nous avons vu plus haut qu'elles pouvaient finir par donner lieu à des phénomènes réellement inquiétants, et nous ne doutons pas, malgré l'opinion contraire exprimée par la plupart des auteurs, qu'elles ne puissent abréger l'existence, soit en amenant des lésions locales, soit plutôt en livrant sans défense à des causes léthifères une constitution profondément détériorée.

Siége.

La viscéralgie, telle que nous venons de la décrire, peut atteindre à peu près tous les viscères de l'économie : le système circulatoire n'en est pas même exempt.

C'est ainsi que toutes les parties de l'appareil respiratoire (larynx, trachée-artère, ramifications bronchiques, poumon), tout le tube digestif avec ses annexes (pharynx, œsophage, estomac, intestin, anus, foie, rate), l'appareil urinaire (reins, vessie, urèthre), les organes de la génération chez la femme (vagin et utérus), enfin le cœur et les gros troncs artériels dont M. Bouillaud (2) nie à tort la susceptibilité névralgique, — c'est ainsi, disons-nous, que tous ces organes peuvent devenir le siége de névralgies ganglionnaires, exactement comme tous les points de l'économie animés par des nerfs sensibles du système encéphalo-rachidien peuvent être pris d'algésie.

(1) *Historia cardialgiæ*. Vienne, 1785.
(2) *Traité de nosographie médicale*. Paris, 1846, t. III.

Il n'existe pas encore dans la science des observations bien authentiques de *toutes* ces viscéralgies, et le tableau qu'on voudrait en tracer ressemblerait un peu à celui qu'a construit Chaussier pour les névralgies cérébro-spinales en se fondant sur des données anatomo-physiologiques, plutôt que sur des faits avérés. Mais comme l'observation est venue consacrer ultérieurement la réalité de presque toutes les névralgies cérébro-spinales hypothétiques de Chaussier, nous sommes en droit d'espérer que des recherches attentives ne tarderont pas à démontrer aussi l'existence des viscéralgies qui ne sont encore que probables : quelques-unes d'entre elles, primitivement instituées d'après des vues théoriques ont déjà été mises hors de doute par plusieurs observateurs. Laennec avait signalé déjà l'entité pathologique des névralgies *pulmonaires*. M. Barras a isolé la *gastralgie* et l'*entéralgie* essentielles de la gastro-entérite (1). M. de Verteuil a fait connaître la névralgie du *pharynx* (2). Un fait cité par M. Champaignac ne peut être considéré autrement que comme un cas de névralgie *anale* (3); cette observation montre en même temps qu'il existe une névralgie *vaginale*. L'existence d'une véritable *cardialgie*, admise par Laennec, rejetée à tort par M. Bouillaud, est établie par une observation de M. Fleury (4). Une autre observation du même auteur se rapporte évidemment à une *hépatalgie* essentielle. Sydenham connaissait déjà la *néphralgie*. M. Becquerel admet la névralgie ganglionnaire idiopathique de *l'utérus* (5); M. Malgaigne a vu également des cas non douteux d'hystéralgie. Enfin, la névralgie des *troncs artériels*, que Laennec avait déjà décrite, s'appuie sur deux observations concluantes de M. Bourguignon (6).

Nous pourrions apporter ainsi, si nous ne craignions de multiplier les citations, des preuves authentiques de la réalité de presque toutes les viscéralgies. Il est juste d'ajouter que pour plusieurs des cas que nous venons de mentionner, on a eu affaire à des femmes hystériques ; mais les douleurs ont précédé les autres phénomènes hystériformes.

Nous venons d'indiquer les viscères que nous regardons comme susceptibles d'être atteints de névralgie ganglionnaire. Mais il est besoin de préciser le *siége anatomique* de la névralgie dans chacun de ces organes. On n'a guère songé, jusqu'à présent, à rapprocher, sous ce rapport, les névralgies viscérales

(1) *Op. cit.*

(2) *Remarques sur les névralgies.* Thèse de Paris, 1835.

(3) *Considérations sur les névralgies des organes génito-urinaires et de l'anus. Journ. hebdom.* N° du 28 février 1829.

(4) *Réflexions et observations pour servir au dignostic des névralgies,* in *Journ. de médec.* N° d'avril 1843.

(5) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* janvier 1860.

(6) *Op. cit.*, t. II, page 326.

des névralgies du système encéphalo-rachidien. Et cependant, ce rapprochement est destiné, nous semble-t-il, à ouvrir la voie à de nouvelles et intéressantes recherches, et à donner la clef des variations symptomatiques que présentent les différentes espèces de viscéralgies.

Nous nous proposons de faire ressortir, dans un autre travail, l'importance pratique de cette question, et de la traiter d'une manière plus approfondie. Pour le moment, nous nous bornerons à énoncer les propositions suivantes :

1° De même que l'algésie peut atteindre le système cérébro-spinal sensitif dans ses centres, dans le parcours de ses ramifications, dans ses extrémités musculaires et dans ses extrémités cutanées, de même le système ganglionnaire peut être intéressé dans ses différents éléments. Seront donc névralgiés, ou simultanément ou isolément, — les plexus ganglionnaires, — les filets du sympathique qui se rendent des plexus aux organes où ils doivent se terminer, — les dernières fibres destinées à la couche musculeuse du viscère, — enfin les ramifications ultimes qui donnent à la couche muqueuse sa sensibilité spéciale.

2° Les caractères différentiels de ces diverses viscéralgies ne sont pas encore déterminés, et l'on comprend la difficulté d'une telle étude, quand on songe qu'ici presque tous les organes se dérobent à l'exploration immédiate. Toutefois, quelques viscères, animés en partie au moins par les nerfs de la vie de nutrition, étant accessibles à certains modes d'investigation, on peut, au moyen d'une induction rationnelle, parvenir à interpréter avec assez de justesse les phénomènes pathologiques ayant pour siége des organes internes inaccessibles à tout examen direct.

3° Il nous semble qu'à l'aide de ce procédé, auquel on joindrait le secours indispensable des sciences anatomiques et physiologiques, on pourrait déterminer dans la plupart des circonstances, le siége exact de la douleur viscéralgique.

4° Nous croyons pouvoir déjà poser les distinctions suivantes :

1. Une douleur névralgique essentielle, profonde, diffuse, ne s'accompagnant que peu ou point de lésion fonctionnelle des viscères correspondants, indique une *névralgie du plexus ganglionnaire*. On rencontre ces caractères dans certaines gastralgies.

2. Des sensations variées, perverties ou douloureuses, se réveillant surtout sous l'influence des excitants normaux, nettement limitées par la forme et la position d'un viscère, assez superficielles, ou au moins ressenties superficiellement en même temps que profondément, s'accompagnant enfin de sécrétions exagérées ou anormales, devront faire croire à l'existence d'une *viscéralgie muqueuse*. Telles sont des espèces assez nombreuses de gastralgie avec pyrosis, flatulence, pica, malacia, etc.

3. La *viscéralgie musculaire* se reconnaîtra aux phénomènes spasmodiques appréciables qui se joindront presque toujours à la douleur; à défaut de ceux-ci,

on aura des sensations très-nettes de contraction ou de relâchement du viscère accusées par le malade. Elles se distingueront encore par le calme relatif qui s'établit en dehors du fonctionnement de l'organe, par les douleurs vives qui se déclarent aussitôt que l'organe entre en action, enfin par l'absence de toute sécrétion anormale. La gastralgie spasmodique, certaines cystalgies avec rétention urinaire, l'œsophagisme essentiel rentrent dans cette catégorie.

4. La névralgie des filets du sympathique qui s'étendent des plexus aux viscères, nous est entièrement inconnue.

Ces différentes formes de viscéralgies se rencontrent réunies ou isolées ; le plus souvent, plusieurs points du système sont affectés simultanément. Parmi les cas que nous avons cités plus haut comme des exemples non douteux de viscéralgies, les uns représentent des viscéralgies centrales, les autres des viscéralgies muqueuses, les derniers, des viscéralgies musculaires.

Quelques organes internes ont une structure anatomique qui ne se prête pas à la division que nous avons établie : il est évident, par cela même, qu'il ne peut être question pour eux d'une pareille distinction.

Il est encore un second point de vue sous lequel on peut établir une analogie rationnelle entre les névralgies encéphalo-rachidiennes et les névralgies viscérales. Nous avons vu que les propriétés des nerfs de la vie de relation, sous le rapport fonctionnel, étaient de différents ordres : nous avons particulièrement distingué la *sensibilité tactile* proprement dite, et la *sensibilité thermique*. Or, tout obtuse qu'est à l'état physiologique la sensibilité des nerfs ganglionnaires, elle présente virtuellement cette double faculté ; c'est-à-dire que, modifiée par un principe morbifique, la sensibilité ganglionnaire pourra se manifester sous deux formes principales : d'un côté, douleur aiguë, malaise, formication, morsure, spasme,—de l'autre, chaleur, brûlure, froid.—Ces diverses expressions se rencontrent en effet dans les viscéralgies, et particulièrement dans la viscéralgie typique : la gastralgie. Cette distinction n'a pas toutefois, en pratique, la même importance que la précédente.

Traitement.

Les médications que nous avons exposées pour les névralgies cérébro-spinales idiopathiques centrales, ramellaires, et périphériques (musculaires et cutanées) seront en grande partie applicables aux viscéralgies correspondantes. Il y aura cependant à observer quelques différences que nous allons signaler. Il est important d'abord de remarquer que les *moyens hygiéniques* (habitation, régime, conditions morales surtout) ont la plus grande influence sur la marche et sur la guérison de ces espèces de névralgies.

Les *moyens généraux*, de quelque espèce qu'ils soient, sont les plus avantageux. Ils suffisent souvent pour obtenir une guérison complète.

Les médicaments qu'on veut faire agir localement n'agissent eux-mêmes

directement sur la surface malade, vu la position anatomique des parties, que s'ils sont pris à l'intérieur.

Parmi les moyens pharmaceutiques, les *narcotiques*, administrés par la voie intradermique tiennent, sans conteste, le premier rang. Il résulte de la distinction établie plus haut qu'ils réussiront surtout dans les cas de névralgies ganglionnaires centrale et muqueuse, tandis que les *antispasmodiques* seront particulièrement indiqués dans les cas où la souffrance névralgique occupera la tunique musculeuse de l'organe malade. C'est peut-être même à cette circonstance que la couche musculaire est très-fréquemment atteinte dans les viscéralgies, que la médication antispasmodique doit ses succès, incomparablement plus nombreux que dans le traitement des névralgies encéphalo-rachidiennes où l'élément spasmodique est loin de jouer un rôle d'une aussi grande importance.

Les *anesthésiques* conviendront dans l'un et dans l'autre cas, mais peut-être à des doses différentes.

Les *moyens externes*, et notamment les *révulsifs*, ne viennent qu'en seconde ligne, à cause de l'étendue et de la profondeur des parties malades, et du peu de fixité du mal.

Enfin, il ne peut plus être question ici des procédés chirurgicaux, au moins quand la névralgie est essentielle.

Quelques nouvelles médications ont été préconisées contre l'une ou l'autre viscéralgie, mais à part celles que nous indiquerons à propos de quelques névralgies ganglionnaires que nous allons traiter séparément, nous les passerons sous silence, parce qu'elles s'adressent, le plus souvent, à des douleurs névralgiformes symptomatiques plutôt qu'à des viscéralgies essentielles.

Les viscéralgies dont nous voulons donner une exposition détaillée sont *la gastralgie* et *l'angine de poitrine :* la *gastralgie,* à cause de l'importance que lui prête sa fréquence extrême, et qu'elle peut, en nous servant de type, nous offrir l'occasion d'établir plus nettement que nous n'avons pu le faire dans les généralités qui précèdent, certaines distinctions dont la valeur pratique nous paraît incontestable,— l'*angine de poitrine,* à cause de sa gravité et de la singularité de ses symptômes qui en font une viscéralgie à part. Nous ajouterons à la description de ces deux maladies quelques considérations sur les névralgies de l'*appareil nerveux d'association*, et nous terminerons enfin par quelques mots sur les *viscéralgies généralisées*.

Gastralgie.

1° *Gastralgie idiopathique.* — Avant d'exposer les symptômes de cette névropathie de l'estomac, nous devons nous demander s'il est rationnel ou non d'y faire rentrer certains phénomènes morbides tels que la *boulimie,* le *pica*, le *pyrosis*, les *vomissements nerveux*. Or, il nous paraît, à l'exemple des au-

teurs du *Compendium* (1), que ces expressions symptomatiques doivent être rattachées à l'affection névralgique du ventricule ; elles ne sont en effet autre chose que des troubles fonctionnels du viscère, et nous avons noté ce trouble, non comme une *complication* accessoire ou accidentelle, mais comme un *symptôme* caractéristique des névralgies ganglionnaires. Elles doivent figurer d'ailleurs dans la description de la maladie actuelle, au même titre que la suffocation dans la séméiologie de l'angine de poitrine, que les convulsions de la face dans la névralgie du trijumeau.

Ceci posé, voyons quels sont les symptômes les plus ordinaires de la gastralgie.

Symptômes.

La *douleur,* dans la gastralgie un peu intense et confirmée, est toujours le symptôme prédominant, mais ses formes sont excessivement variables.

Le malade peut ressentir toutes les douleurs intermédiaires entre un malaise local plus ou moins pénible et les élancements les plus aigus. Ces douleurs se révèlent sous forme de sensations franchement névralgiques, ou bien affectent presque tous les caractères que nous avons indiqués déjà pour la migraine : elles sont en effet poignantes, lancinantes, déchirantes, constrictives; tantôt elles font au malade l'effet d'une distension de l'estomac poussée jusqu'aux dernières limites; tantôt, il semble que le ventricule soit étreint entre les deux mors d'un étau ; une sensation particulière de morsure peut aussi se produire au niveau du cardia (*cardiogmus, cardialgie, crampe d'estomac*); il survient en même temps des contractions irrégulières, brusques et douloureuses, et parfois des vomissements. Le pyrosis est encore un symptôme fréquent de la gastralgie.

Dans certains cas, le malade éprouve un autre genre de souffrance : il lui semble qu'un fer rouge est promené sur la surface interne du viscère, ou que de la glace est subitement mise en contact avec celle-ci (2).

Au lieu de ces perversions douloureuses de la sensibilité, on voit survenir, quand l'accès est moins violent, des aberrations de sensibilité telles que des impressions de fourmillement, de réplétion, de vacuité et de resserrement. Il arrive souvent que ces dernières sensations se mêlent aux précédentes ou alternent avec elles : ceci vient corroborer une fois de plus l'opinion que nous avons émise sur la nature de la douleur, car, d'un côté, ces derniers phénomènes ne sont évidemment que des *perversions,* et non des *exaltations* de la sensibilité et,

(1) *Op. cit.*, 1841, t. IV, page 257.

(2) Nous rapportons cette sensation de brûlure ou de froid à la perversion de la sensibilité des nerfs ganglionnaires destinés à percevoir la température des corps, car on sait que nous maintenons, pour les nerfs de la vie organique, la distinction que nous croyons avoir suffisamment établie pour les nerfs cérébro-spinaux.

d'un autre côté, on est conduit à admettre, entre la douleur et eux, une identité de nature, lorsqu'on les voit unis par des liens aussi étroits.

La douleur a son *siége* au niveau de la région épigastrique; elle se fait sentir dans les parties superficielles ou dans les parties profondes; elle ne s'accuse même quelquefois qu'en arrière, à la partie inférieure de la région dorsale (1).

Nous ne pouvons laisser passer inaperçue cette dernière remarque : il nous semble qu'elle indique, eu égard au point où la douleur se manifeste, une névralgie localisée plutôt dans le plexus ganglionnaire correspondant que dans le viscère lui-même. Ce que nous avançons ici trouve sa confirmation dans une observation d'Ettmuller (2) qui a vu la douleur partir du dos pour gagner les parties antérieures.

Les impressions ressenties par le malade varieront aussi suivant que l'algésie portera sur telle ou telle couche du viscère, dans les cas où les extrémités viscérales, et non plus les centres ganglionnaires, seront atteintes de névralgie. C'est ainsi que la formication, le froid, la brûlure, les élancements, le pyrosis, indiqueront, selon nous, l'algésie des nerfs de la muqueuse, tandis que la constriction, l'arrachement, l'expansion, la distorsion, les crampes, les coliques nerveuses éprouvées par le malade tiendront plutôt au trouble névralgique de la tunique musculeuse. La douleur pongitive, térébrante, serait peut-être un signe de l'affection primitive ou sympathique de la séreuse. Souvent d'ailleurs ces diverses sensations se confondent ou se succèdent par l'extension ou le déplacement du processus névralgique.

Quel que soit le siége de la sensation douloureuse, celle-ci s'irradie souvent vers le ventre, les parois de la poitrine, le dos et les épaules; elle s'accompagne ordinairement d'une vive anxiété et d'un sentiment de suffocation.

Les *fonctions* digestives sont ordinairement troublées; certains malades éprouvent un désir vif et incessant de manger (*boulimie*) qui indiquerait une lésion fonctionnelle du pneumogastrique, car on sait que la section du pneumogastrique enlève le sentiment de la satiété. D'autres, au contraire, repoussent toute nourriture (*anorexie*), ou bien n'appètent que des substances qui n'entrent pas d'ordinaire dans l'alimentation (*malacia*) ou qui ne sont pas du tout alimentaires (*pica*). Les sécrétions gastriques sont modifiées : elles augmentent, diminuent, ou acquièrent des qualités acides ou alcalines; elles peuvent aussi devenir gazeuses (*flatulence*).

C'est à ces causes, ainsi qu'aux troubles dans les mouvements péristaltiques de l'estomac, qu'il faut attribuer la difficulté, la lenteur dans les digestions (*dyspepsie*) qui accompagne presque toujours la gastralgie.

Les seuls phénomènes *objectifs* un peu positifs sont le gonflement de l'épigastre, la sonorité tympanique qu'on obtient à ce niveau dans les cas de

(1) Grisolle. *Op. cit.*, t. II, page 622.

(2) *Dissertatio de malo hypochondriaco*, 1676.

flatulence, les battements tumultueux qui s'observent dans la même région, l'expression de souffrance répandue sur les traits du visage.

Marche, durée et terminaison.

Il arrive le plus souvent que l'accès de gastralgie débute peu de temps après l'ingestion des aliments et surtout des boissons. Un jeûne prolongé peut amener le même résultat. Les émotions morales ont souvent aussi une influence funeste sur la reproduction des accès.

Après une durée qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, les phénomènes gastralgiques diminuent, puis cessent : ils ne laissent après eux qu'une sensibilité assez vive à l'épigastre et une grande fatigue.

Les accès sont, ou intermittents ou rémittents : cette dernière forme se présente plus souvent dans les gastralgies anciennes. C'est aussi dans ces dernières qu'on observe le plus fréquemment les troubles fonctionnels dont nous avons fait mention plus haut sous les noms de dyspepsie, pyrosis, pica, etc.

La santé générale se conserve ordinairement intacte. On comprend cependant que dans les gastralgies violentes et anciennes, la répétition incessante des accès, l'insuffisance de la nutrition, et l'hypochondrie qu'elle entraîne fatalement après elle, finissent par plonger le malade dans le marasme et par amener la mort. D'autre fois, au contraire, la gastralgie disparaît spontanément, après une durée plus ou moins longue (Schmidtmann).

Traitement de l'accès.

a. *Général.* — L'*opium* à l'intérieur, ou la *morphine* par la voie endermique paraissent à M. Grisolle (1) et à Sandras (2), le moyen le plus efficace, non-seulement de calmer les accès de gastralgie, mais encore d'en prévenir le retour. M. Monneret (3) préfère à toutes les autres préparations d'opium, les gouttes noires (*black drops*) qu'il fait prendre au commencement du repas à la dose de une goutte d'abord; puis, progressivement, il en administre 20 et même 40 gouttes ; elles auraient le grand avantage de faire tolérer les aliments par l'estomac. M. Sandras remarque avec raison que les doses du médicament peuvent dépasser de beaucoup les quantités ordinaires sans produire le moindre accident. Cette observation confirme ce que nous avons dit au sujet des narcotiques sur l'action physiologico-thérapeutique des médicaments.

La *belladone* ou l'*atropine*, la *jusquiame* (Whytt), l'eau de *laurier-cerise* (Schmidtmann), prendront la place des opiacés dans les cas où ceux-ci ne pour-

(1) *Op. cit.*, t. II, page 620.
(2) *Op. cit.*, t. II, pages 249 et 250.
(3) *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. Ier, page 512.

raient être tolérés. Les *inspirations anesthésiques* devront aussi être tentées dans les accès rebelles et très-douloureux. Viennent ensuite les *antispasmodiques* qui, d'après les auteurs du *Compendium* (1), agiraient surtout en calmant l'érèthisme nerveux général, et par suite les douleurs de la gastralgie.

Le *sous-nitrate de bismuth*, préconisé par Schmidtmann (2), la *noix vomique*, soumise récemment à de nouvelles expériences par M. Homolle (3), avaient été primitivement employés avec avantage, puis abandonnés : ils ont repris, dans ces derniers temps, la vogue qu'ils avaient perdue.

M. Arnal (4) a vu disparaître des gastralgies anciennes par l'administration de l'*ergotine*. Les *préparations lunaires* auraient donné, entre les mains de M. Trousseau, des succès incontestables. Sandras (5), se fondant sur une supposition erronée, à savoir que la muqueuse gastrique secréterait toujours un mucus acide, a eu recours à l'administration de la *magnésie calcinée* et des autres absorbants. Nous comprenons l'action de ces médicaments lorsque le malade est tourmenté par le pyrosis, mais nous mettons en doute son efficacité dans les autres circonstances.

Quant aux toniques, nous admettons difficilement leur efficacité dans la névralgie idiopathique.

M. Barras, encore dominé malgré lui par les idées de Broussais, rejette l'emploi des *purgatifs*, dans la crainte qu'ils ne donnent lieu à de l'*irritation*. Nous ne partageons pas cette appréhension, et nous conseillons l'emploi des laxatifs légers dans les cas de constipation et dans ceux où la gastralgie s'accompagne des signes non équivoques d'un embarras gastro-intestinal. Les *antiphlogistiques* ne seront de mise que dans les gastralgies symptomatiques.

Comme boisson, on fera prendre au malade une infusion chaude de feuilles ou de fleurs aromatiques. Pour l'*alimentation*, on devra s'en rapporter surtout à l'instinct du malade, ou se guider d'après les signes anamnestiques qu'on pourra recueillir à ce sujet. On recommandera enfin au malade le repos le plus complet de *l'esprit* et du corps.

b. *Local*. — Le traitement local consistera dans les *révulsifs* de tout degré : frictions irritantes, ventouses, vésicatoires, moxas, sétons, et même cautérisation transcurrente (6).

L'*hydrothérapie*, méthodiquement appliquée est destinée à rendre les plus grands services dans le traitement de la névropathie gastrique.

(1) *Op. cit.*, t. IV, page 279.

(2) *Summa observationum medicarum ex Praxi clinicâ triginta annorum depromptarum*. Berolin. 1826.

(3) Trousseau et Pidoux. *Op. cit.*, t. Ier, page 781.

(4) *De l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté dans quelques cas d'affection chronique de l'utérus*, in *Gazette des hôpitaux*, juin 1843.

(5) *Op. cit.*, pages 248 et 249.

(6) Jobert. *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838.

L'eau froide ou la *glace intùs* et *extrà*, ont paru convenir dans les gastralgies flatulentes, et celles qui s'accompagnent de hoquet. Une *compression méthodique*, pratiquée sur la région épigastrique, exercerait aussi, d'après Rostan (1), une influence avantageuse sur la douleur.

Traitement de la maladie.

La persévérance dans l'usage des moyens précédemment indiqués suffira souvent pour guérir sans retour la gastralgie. Mais, dans d'autres cas, il sera nécessaire de leur adjoindre ou de leur substituer une autre médication.

Le traitement sur lequel on doit alors le plus compter, et qu'il faut nécessairement instituer avec le plus grand soin, c'est le traitement *hygiénique*. On placera d'abord le malade dans les meilleures *conditions morales*, en écartant toutes les causes d'émotion, en dissipant ses inquiétudes, relevant son courage, le consolant de ses chagrins : un travail modéré, l'exercice, les distractions qu'offrent la société ou les voyages, viendront puissamment en aide au médecin pour amener ce résultat. Mais c'est surtout le *régime alimentaire* qui devra fixer l'attention. On s'est efforcé de soumettre l'alimentation des gastralgiques à des règles générales, en traçant un tableau des aliments qu'on doit proscrire ou qu'on peut permettre à telle ou telle époque de l'affection. Mais ce choix d'aliments n'a qu'une importance secondaire, car il faut, dans la plupart des cas, obéir aux instincts du malade, consulter ses goûts, ménager ses répugnances. Le seul précepte général qu'on puisse énoncer à cet égard, c'est celui d'user, autant que possible, d'une alimentation substantielle et légèrement excitante, afin d'éviter la constipation et la flatulence.

Il sera nécessaire de surveiller toujours avec soin l'effet des aliments ingérés, et c'est ici que les distinctions que nous nous sommes efforcé d'établir dans la symptomatologie trouveront leurs indications pratiques. Si l'ingestion d'un aliment provoque des crampes d'estomac, il faut avoir recours, pour le faire tolérer, aux *antispasmodiques*, ou mieux encore aux *narcotiques*, qui rendront la digestion plus facile en calmant l'éréthisme musculaire. Si, au contraire, l'introduction des aliments dans le ventricule est suivie de pyrosis et de douleurs brûlantes indiquant un trouble fonctionnel de la muqueuse, les *absorbants*, pris immédiatement après chaque repas, atténueront la violence des accès. Si, enfin, la cause de la douleur gastralgique réside en dehors du viscère, dans l'économie tout entière dont les besoins ne sont pas satisfaits, il suffira d'un *régime réparateur* pour faire disparaître le mal.

La diète ne doit jamais être rigoureuse, mais les repas doivent toujours avoir lieu à heure fixe, et leur nombre ne doit jamais dépasser trois; on en saisit facilement le motif. On ne se relâchera que graduellement du régime ainsi réglé. C'est à cette condition seule qu'on obtiendra une guérison définitive.

(1) Briquet. *Op. cit.*, page 679.

A ce traitement hygiénique on pourra joindre l'usage de quelques agents médicamenteux. On prescrira avec succès les *eaux minérales* naturelles de Vichy et particulièrement de la fontaine des Célestins, ou celles de Spa, de Forges, de Pyrmont, si la gastralgie a déterminé un certain degré d'aglobulisation, ou enfin les eaux gazeuses de Selters ou de Schwalheim prises au moment des repas, si la dyspepsie est un des phénomènes dominants.

Le *charbon de peuplier*, l'*essence d'orange*, préconisés par M. Hannon (1) seront aussi des moyens auxiliaires avantageux ; nous avons vu l'*essence de citron* substituée à l'essence d'orange modifier notablement une gastralgie ancienne accompagnée de pyrosis. Enfin, les préparations *arsénicales* administrées à petites doses, et pendant longtemps, auraient aussi donné quelques succès.

2° *Gastralgie liée à un état général* ou *gastralgie holopathique* (2). — La *gastralgie holopathique* est très-fréquente. L'état général dans lequel elle prend sa source est une modification *physiologique* ou *pathologique* de l'économie. Sous le premier titre se rangent la grossesse et la ménopause. Sous le second, les troubles morbides des fonctions génitales chez la femme et chez l'homme, l'hypochondrie, l'épilepsie, l'hystérie, l'oligohémie, la chlorose, la diathèse goutteuse surtout (Bourguignon). M. Briquet prétend que la gastralgie est un des symptômes prémonitoires les plus constants de l'hystérie (3). Le principe dartreux et la suppression d'un exutoire ont été admis par certains auteurs comme des causes de gastralgie, mais sans raison suffisante.

La suppression du flux hémorrhoïdal aurait une influence réelle sur la maladie qui nous occupe, si l'on en croit un fait assez concluant rapporté par Barras (4). L'arrêt brusque de la sueur des pieds aurait occasionné des douleurs gastralgiques chez un individu dont Mondière rapporte l'histoire (5).

3° *Gastralgie liée à un état local.* — a. *Gastralgie sympathique.* — La présence des lombrics dans l'estomac ou les intestins, le tœnia (6), des lésions de l'utérus (7) seraient susceptibles de produire des gastralgies dont les symptômes ne diffèrent en aucune façon de ceux de la gastralgie idiopathique.

4° *Douleurs gastralgiformes symptomatiques.* — Les affections du tube digestif incomplétement guéries laissent souvent après elles des douleurs ner-

(1) *Presse médicale*, année 1854, n° 6.

(2) Quoique le chapitre soit exclusivement consacré aux viscéralgies *idiopathiques*, nous donnons ici un aperçu des gastralgies symptomatiques, parce que nous n'aurions pas l'occasion d'y revenir plus tard.

(3) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris. 1859, page 253.

(4) *Op. cit.*, page 176.

(5) Journal *l'Expérience*, avril 1858.

(6) Trnka. *Op. cit.*, page 81.

(7) *Compend. de méd. pratiq.*, t. V, page 274.

veuses de l'estomac (gastrite, choléra) [Barras]. L'ulcère et le cancer de l'estomac donnent lieu aussi à des accès de forme gastralgique qui sont même souvent confondus avec ceux d'une névropathie essentielle. Les calculs biliaires et rénaux, d'après Trnka (1), provoquent des douleurs nerveuses jusque dans le ventricule gastrique.

Traitement des gastralgies symptomatiques. — Il faut prendre en considération, dans le traitement de toutes ces névralgies, outre la névrose en elle-même, la disposition générale ou la lésion locale qui la produit; c'est la guérison seule de ces différents états morbides qui pourra prévenir le retour des douleurs.

Angine de poitrine.

Cette dénomination, dérivée d'une des principales manifestations de la maladie et non pas de sa nature, et que l'on conserve toujours en dépit de l'idée vague qu'elle implique, montre assez de quelle obscurité s'environne encore la localisation intime du mal.

Les recherches anatomo-pathologiques ont fait découvrir différentes espèces d'*altérations organiques* portant pour la plupart sur le cœur ou sur le commencement du trajet de l'aorte : ossification des artères coronaires, aortite, dégénérescence graisseuse du cœur, etc. Les auteurs allemands et anglais qui se sont livrés les premiers à ces recherches, se sont empressés d'attribuer à ces lésions organiques le développement de l'angine de poitrine. Mais on a trouvé un plus grand nombre d'exemples où les autopsies n'ont fourni que des résultats négatifs; d'ailleurs, les lésions ci-dessus mentionnées, ou bien pouvaient être dues à une simple coïncidence, ou bien étaient simplement la cause occasionnelle des accès ; il est aussi des cas où elles n'ont été que le produit de la maladie elle-même, comme Jurine l'avait admis *à priori*, et comme Sandras en cite un exemple (2); enfin, elles ont été rencontrées très-souvent en dehors de toute attaque d'angine de poitrine (Morgagni, Corvisart, Bouillaud, Andral).

C'est donc avec raison que les auteurs français, parmi lesquels nous citerons Desportes (3), Jurine (4), Laennec (5), M. Piorry (6), M. Trousseau (7), Sandras (8), la considèrent comme une *névrose*, bien plus, comme une *névralgie essentielle*, c'est-à-dire qui peut se développer en dehors de toute lésion matérielle appréciable. On peut citer comme exemples d'angine de poitrine essen-

(1) *Op. cit.*, page 84.
(2) Sandras et Bourguignon. *Op. cit.*, page 230.
(3) *Traité de l'angine de poitrine.* Paris, 1811.
(4) *Mémoire sur l'angine de poitrine.* Paris, 1815.
(5) *Traité de l'auscultation médiate.*
(6) *Bulletin clinique*, nos 9 et 62, 1836.
(7) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. Ier, page 744.
(8) Sandras et Bourguignon. *Op. cit.*, t. II, page 230.

tielle les deux cas publiés par Valleix (1), les quatre cas rapportés par M. Bouchut (2), un cas relaté par M. Vedoit (3), deux cas de M. Trousseau (4), et beaucoup d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Tous les auteurs qui admettent l'essentialité de l'angine de poitrine sont loin d'être d'accord sur le *siége* de cette névralgie. A part M. Piorry qui en a fait, à tort, croyons-nous, une névralgie brachio-thoracique, les autres en ont placé le siége dans les viscères de la poitrine. Jurine en fait une névralgie du pneumogastrique; Desportes, une névralgie des nerfs pulmonaires et cardiaques; Laennec, une névralgie du cœur. M. Trousseau la regarde comme une névralgie des nerfs cardiaques émanés du pneumogastrique, d'où elle irradie dans les nerfs des plexus cervical et brachial. Enfin, M. Sandras n'attache pas beaucoup d'importance à la question de savoir si l'*angor pectoris* a son siége dans le pneumogastrique, le phrénique ou les nerfs du cœur, à cause de la dépendance fonctionnelle et anatomique qui unit mutuellement les différents organes animés par ces nerfs, et que cette distinction n'a d'ailleurs que peu d'importance au point de vue pratique. Il se contente, en conséquence, de désigner son siége sous l'appellation collective de *plexus pulmonaire*.

Nous partagons en tout point l'opinion de Sandras.

1° *Angine de poitrine idiopathique.*

Symptômes, marche, durée et terminaison.

L'angine de poitrine a des formes variables : nous allons décrire celle qu'elle présente le plus souvent.

L'attaque débute subitement par une *sensation extraordinairement douloureuse*, constrictive, lancinante ou déchirante, traversant la poitrine de part en part, naissant près du bord latéral et inférieur gauche du sternum, s'irradiant de là vers le mamelon correspondant, s'étendant même au cou et au bras du même côté. Cette douleur s'accompagne d'une *suffocation* extrêmement pénible, laquelle, en s'unissant à la douleur, produit une anxiété extrême, une angoisse indescriptible qui fait croire à la personne atteinte de ce mal terrible que sa dernière heure va sonner. Malgré l'oppression et la douleur, la poitrine respire toujours, et le cœur continue à battre en conservant à peu de chose près le rythme physiologique ; les signes plessimétriques et stéthoscopiques ne dénotent rien d'anormal. L'attitude du malade n'a rien de fixe. La face, pâle et anxieuse au commencement de l'accès, se couvre ensuite de rougeur ; la peau est froide, les forces sont anéanties.

(1) *Op. cit.*
(2) *Revue médicale*, décembre 1841.
(3) *Union médicale*, 1853.
(4) *Op. cit.*, pages 744 et 745.

L'accès prend fin d'une manière graduelle, après une durée qui varie de quelques secondes à plusieurs heures, en laissant après lui un sentiment d'appréhension et même de terreur.

Un mouvement brusque, une fatigue, une émotion morale, le sommeil provoquent l'apparition de nouveaux accès. Ils se renouvellent au bout d'un temps variable (quelques heures à plusieurs années), et vont en se rapprochant et en augmentant d'intensité ; ils finissent, dans ce cas, par déterminer la mort qu'on a déjà vu survenir aussi dès les premières attaques.

Traitement de l'accès.

Laennec a préconisé les *émissions sanguines générales* et *locales*. M. Hervieux a réussi, dans un cas dont il a inséré l'observation dans l'*Union médicale* (1), à mettre un terme, par ce moyen, à des accès successifs d'angine de poitrine idiopathique. M. Bourguignon, qui rapporte ce fait, dit aussi avoir obtenu de l'ouverture de la veine des résultats avantageux.

M. Grisolle (2) et M. Trousseau (3), au contraire, rejettent absolument la saignée. Les ventouses scarifiées seules sont autorisées par le premier de ces deux auteurs.

D'autres médications trouveront plus de crédit auprès de la plupart des praticiens. Nous voulons parler des *révulsifs* (frictions excitantes, sinapismes, vésicatoires), des *perturbateurs* (émétique, bains froids, douches froides), des *stimulants diffusibles* à l'intérieur (éther, ammoniaque, alcoolat de mélisse), de la *morphine* par la voie sous-épidermique ou intra-dermique, enfin, de la *faradisation*, qui aurait donné à M. Duchenne (de Boulogne) un succès éclatant (4).

Traitement de la maladie.

On essaiera de prévenir le retour des accès d'abord par l'emploi prolongé de quelques-uns des moyens cités plus haut qui, non-seulement abrégeront les accès, mais encore les éloigneront quelquefois d'un manière définitive. On choisira de préférence, parmi eux, les *révulsifs* à demeure placés loin du siége du mal, l'usage continu des *narcotiques* et des *antispasmodiques*, et notamment l'*atropine* en injections sous-cutanées au niveau de la portion cervicale du pneumogastrique, la *poudre de Dower* prise journellement en petite quantité, la *faradisation* pratiquée lors de l'accès, enfin l'*hydrothérapie rationnelle*.

Les remèdes donnés exclusivement en dehors des attaques sont : la *laitue vireuse* (Schelinger) l'*arsenic* (Alexander), le *nitrate d'argent*, le *bicarbonate de soude* uni à *la belladone* administrés d'une manière méthodique (Bretonneau), les *barreaux aimantés* (Laennec), les *bains de mer* (Jurine).

(1) *Union médicale*, 1851, t. V, page 614.
(2) *Op. cit.*, t. II, page 618.
(3) *Op. cit.*, t. II, page 755.
(4) *Op. cit.*, page 905.

A tous ces moyens doit nécessairement venir en aide l'application des lois d'une bonne *hygiène*. On évitera avec soin toute excitation physique ou morale; le régime alimentaire sera substantiel sous un petit volume; un climat égal et tempéré, le changement d'air, les voyages seront conseillés lorsque la maladie n'en sera encore qu'à son début; enfin, on devra proscrire l'usage du *tabac*, car, s'il faut en croire M. Beau, c'est là une des causes qui président au développement de la redoutable maladie que nous venons de décrire.

2° *Angine de poitrine symptomatique.*

La névralgie du plexus cardiaco-pulmonaire n'est pas toujours essentielle. Elle peut dépendre, comme nous l'avons dit précédemment, d'une lésion matérielle locale; c'est alors une névralgie *symptomatique* sur laquelle nous ne nous arrêterons pas, parce que cette lésion reste incurable lors même qu'elle est reconnue.

Mais il existe en outre une angine de poitrine qui rentre dans notre classe des névralgies *diathésiques*.

Les auteurs allemands (Bergius, Butler, Schaeffer) ont fait dériver l'angine de poitrine d'un *principe rhumatismal ou goutteux*. M. Trousseau admet aussi cette origine, mais non d'une manière exclusive : il signale en outre l'*épilepsie* comme une cause fréquente de l'*angor pectoris :* l'angine de poitrine serait, dans ces cas, une névralgie épileptique. Mais les faits qu'il dit avoir observés, et en particulier celui qu'il rapporte (1), ne nous semblent pas suffisamment établir entre les deux affections une relation rigoureuse de causalité; nous attendrons donc, avant d'adopter l'opinion du célèbre professeur, que des exemples nouveaux et plus probants viennent justifier la conclusion qu'il a tirée de ses premières observations.

Symptômes.

Quelle que soit la diathèse qui ait donné lieu aux accès d'angine de poitrine, les symptômes qu'ils présentent sont les mêmes que ceux de la névralgie idiopathique, à part quelques légères modifications imprimées par les circonstances étiologiques qui président à leur production.

Traitement.

Le traitement des angines de poitrine liées à un état général sera celui de l'angine idiopathique auquel on joindra les moyens propres à combattre le mal qui l'a causée.

Névralgies de l'appareil d'association.

Jolly (2) a cru pouvoir former sous ce titre une nouvelle classe de névralgies : Ce sont celles du glosso-pharyngien, du pneumogastrique et des nerfs diaphragmatiques.

(1) *Op. cit.*, t. II, page 749.
(2) *Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XX, page 44.

Mais parmi ces névropathies, la plupart ne sont que des névroses spasmodiques ou convulsives (asthme, coqueluche, toux nerveuse, hoquet idiopathique); quelques-unes sont des névralgies centrales cérébro-spinales (migraine); d'autres sont des névralgies où l'élément douloureux occupe à la fois les nerfs encéphalo-rachidiens et les filets du grand sympathique (laryngalgie, trachéalgie, pneumalgie, cardialgie).

La théorie qui confond sous une même dénomination ces différentes névropathies ne nous paraît pas devoir être admise, car les névralgies de l'appareil nerveux d'association ne diffèrent pas par leurs symptômes des névralgies ordinaires, si l'on met de côté, bien entendu, les névroses spasmodiques.

Ces névralgies de l'appareil d'association sont, du reste, le plus souvent symptomatiques d'une affection locale.

Viscéralgie générale.

La névralgie ganglionnaire peut affecter simultanément des points nombreux du grand sympathique. La viscéralgie générale est même de beaucoup plus commune que la névralgie cérébro-spinale généralisée. Dès qu'un organe splanchnique est algésié, la douleur gagne presque toujours par irradiation les parties voisines d'abord, puis retentissent de là dans des points plus ou moins éloignés. La plupart du temps, elle s'étend aux organes qui font partie du même appareil ou qui concourent à la même fonction; mais on peut voir aussi presque tous les organes de la vie organique atteints simultanément et au même degré de douleurs névralgiques. M. Bourguignon (1) cite un exemple remarquable de *névralgie ganglionnaire généralisée*. Il s'agit d'une femme au tempérament nerveux qui fut prise subitement de douleurs dont la nature névralgique était incontestable dans l'utérus, les intestins, la vessie, les reins, puis dans toute l'étendue des membres, et cela simultanément ou successivement. Un second fait, rapporté par le même auteur (2), qu'il tient également pour une névralgie ganglionnaire généralisée, ne nous semble pas sujet à la même interprétation. C'est pour nous un exemple d'hystérie chez l'homme, accompagnée seulement de quelques phénomènes douloureux insolites.

Dans le premier cas, les douleurs ont eu ceci de particulier qu'elles ont présenté une opiniâtreté désespérante; elles n'ont pu être calmées que par des doses répétées de *morphine* administrées par la voie endermique.

(1) *Op. cit.*, tome II, page 527.
(2) *Ibid.*, page 528.

SECONDE CLASSE.

NÉVRALGIES SYMPTOMATIQUES.

I. — Liées a un état morbide général (holopathie).

A. *Inhérent à l'organisme.* — Cette sous-division de la seconde classe des névralgies comprend les névralgies *diathésiques* et les névralgies *hémopathiques.*

1° *Névralgies diathésiques.*

Ces névralgies diathésiques sont nombreuses ; nous allons les examiner dans leurs diverses manifestations, en commençant par les névralgies *hystériques.*

Névralgies hystériques.

On s'étonnera peut-être de nous voir considérer l'hystérie comme une *diathèse*, et les névralgies qui en dépendent comme des névralgies diathésiques. Mais il serait difficile de placer ces dernières dans un autre groupe. Ce ne sont certes pas des névralgies idiopathiques dans le vrai sens du mot, puisqu'elles n'existeraient pas en l'absence de la disposition hystérique, et que celle-ci peut les produire avec leurs caractères propres sans qu'il soit besoin pour cela de l'action d'une cause occasionnelle. Elles ne sont pas non plus l'effet d'une altération appréciable du sang, ni le résultat d'une intoxication. Ce ne sont pas enfin des névralgies sympathiques, comme on le croyait jadis. La seule place qui leur convienne est donc celle que nous leur donnons ici.

Symptômes propres.

Outre les *accès* qui peuvent faire reconnaître leur filiation, les névralgies hystériques présentent des caractères particuliers dont nous allons tracer un exposé rapide.

Il n'est pas d'abord de névralgies qui ne puissent se montrer dans la névropathie hystérique, mais les unes s'observent plus fréquemment que les autres. C'est ainsi que les *viscéralgies* sont assez communes pour constituer un symptôme plutôt qu'un accident de l'hystérie. Après les névralgies des organes internes viennent les névralgies *musculaires* dont la fréquence serait extrême. M. Briquet (1) ne les aurait vu manquer qu'une vingtaine de fois sur 430 cas

(1) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 207.

d'hystérie qu'il a observés. Viennent ensuite les névralgies *cutanées* qui sont encore assez communes; enfin les névralgies *ramellaires* (1).

Quel que soit leur siége, elles se distinguent des névralgies idiopathiques par les caractères suivants : on les rencontre presque toujours chez les femmes; — elles se développent d'habitude assez brusquement, souvent à la suite d'un accès d'hystérie ; — elles atteignent souvent à la fois plusieurs points du corps; — elles se déplacent facilement et se transforment les unes dans les autres; — elles peuvent acquérir enfin, lorsqu'elles sont fixes, un degré d'acuité extrême (clou hystérique).

On peut ajouter qu'elles s'exaspèrent ou se calment sous l'influence des émotions morales, — et que les douleurs se font sentir beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite.

Durée et terminaison.

Leur durée est très-variable; la plupart sont fugitives; quelques-unes, au contraire, résistent avec une opiniâtreté désespérante : en général leur persistance augmente au fur et à mesure que le mal hystérique se prononce davantage.

Elles peuvent disparaître sans laisser de traces; mais on les a vu assez souvent entraîner des troubles dans la motilité des parties qu'elles ont occupées pendant un certain temps.

Elles ont enfin la plus grande tendance aux récidives.

Traitement général.

Nous n'entrerons pas dans les discussions qui ont été élevées à propos du point de départ ou du siége de l'hystérie. Qu'il suffise de savoir que l'interprétation rationnelle des faits observés, ainsi que l'opinion des auteurs modernes les plus recommandables, tendent à faire rejeter l'ancienne théorie pathogénique qui considérait les troubles utérins comme la source unique de l'hystérie : celle-ci n'est en réalité qu'un état nerveux ayant la plupart du temps son siége dans l'encéphale (*passio hysterica*), et se traduisant, d'après M. Briquet, par des manifestations perverties des sensations affectives et des passions.

Or, ce que nous disons ici du point de départ de l'hystérie, et la mention que nous avons faite plus haut de l'influence exercée par les affections morales sur les douleurs qui l'accompagnent, nous fournissent une première indication : c'est d'amener à un calme parfait, et de les y maintenir autant que possible, les fonctions psycho-cérébrales, et particulièrement les *facultés affectives*. On com-

(1) Cette relation dans la fréquence des douleurs nerveuses hystériques trouverait, d'après M. Briquet, son explication dans le point de départ encéphalique qu'il attribue à l'hystérie. Les cordons nerveux n'étant que des conducteurs seraient beaucoup plus rarement atteints que les surfaces tégumentaires et les muscles qui sont le siége ordinaire des manifestations *psycho-cérébrales*.

battra en même temps la mobilité nerveuse qui ramène sans cesse les accès par de bonnes conditions hygiéniques.

Quelques médicaments, entre autres les *antispasmodiques* (1) et les *anesthésiques* qui ont une action marquée sur les centres nerveux, pourront aussi être employés avec succès, au moins comme traitement subsidiaire. Les *narcotiques* peuvent avoir également leur utilité. — On joindra enfin à cette médication l'usage des *toniques* névrosthéniques et analeptiques, ou plus rarement les évacuants et les débilitants, suivant l'état d'aglobulie ou de pléthore.

Traitement local.

Le traitement local des névralgies hystériques se résume dans des *applications stupéfiantes* — ou des *topiques révulsifs ;* parmi ces derniers, l'*excitation faradique* méritera le choix du praticien tout à la fois par l'instantanéité, la vivacité et la sûreté de son action. MM. Duchenne (de Boulogne) (2) et Briquet (3) l'ont employée avec un succès presque constant.

Avant de terminer ce qui a rapport à la forme et au traitement des névralgies hystériques, nous croyons devoir nous arrêter un instant sur les caractères spéciaux de quelques formes douloureuses appartenant à l'hystérie.

Le *clou hystérique* (*clavus hystericus*, Sydenham) est une douleur aiguë à forme inconstante (froid glacial — chaleur brûlante — clou ou coin de fer enfoncé dans le crâne), occupant un point fixe et circonscrit (1 à 3 centimètres) de la région temporo-pariétale. Elle éveille souvent des phénomènes sympathiques tels que des troubles digestifs et des frissons. Cette douleur persiste ordinairement plusieurs jours. — On ne la rencontre guère avec les caractères que nous venons d'indiquer que dans l'hystérie où elle est d'ailleurs assez rare.

Les anciens croyaient que cette douleur occupait les os et la dure-mère. Pour Valleix, elle ne serait souvent que le point douloureux pariétal de la névralgie temporo-faciale, parce qu'il a remarqué que le clou hystérique s'accompagnait fréquemment des autres points douloureux de la névralgie faciale. M. Briquet semble placer son siége dans les muscles épicrâniens. C'est l'opinion de Valleix qui nous semble la plus rationnelle; elle rend compte en effet de la vivacité, de la fixité et de la circonscription de la douleur.

La *glace*, le *clou électrique*, une *pointe de feu* nous paraissent être les meilleurs moyens à opposer au clou hystérique lorsqu'il se montre rebelle.

A côté du clou hystérique se place la *céphalalgie* dont très-peu de femmes hystériques sont exemptes. La douleur est lancinante, pulsative ; elle ne se calme

(1) M. Andral a fait disparaître en peu de temps avec 30 centigrammes de musc par jour, des dermatalgies qui duraient déjà depuis plusieurs semaines.

(2) *Op. cit.*, p. 881.

(3) *Op. cit.*, p. 665 et 668.

pas par le repos comme la céphalalgie chlorotique et la migraine. Elle aurait son siége, d'après M. Briquet, dans la portion charnue des muscles du crâne.

Cette céphalalgie est souvent un avant-coureur de l'hystérie, comme la rachialgie du côté gauche en est un signe presque constant.

L'*algésie musculaire* dont nous venons de parler a été, de la part de M. Briquet, l'objet d'une étude particulière. Il lui accorde la plus large place dans les sensations douloureuses qu'éprouvent les femmes hystériques : pour lui, tous les muscles, mais particulièrement les muscles superficiels des cavités splanchniques deviennent fréquemment le siége de phénomènes algésiques qu'on localisait jadis dans les organes sous-jacents, et que MM. Bassereau et Valleix considéraient comme des douleurs névralgiques. Telles sont la *thoracalgie*, que ces derniers auteurs rangeaient parmi les névralgies intercostales, en lui rattachant l'épigastralgie et la rachialgie, — l'*épigastralgie*, dont on a fait longtemps une gastralgie ou une gastrite, — la *coelialgie*, qu'on attribuait autrefois à des spasmes intestinaux.

Les arguments que M. Briquet apporte à l'appui de ses idées ont à nos yeux la plus grande valeur, — et la répugnance que l'on éprouve encore à admettre l'opinion de ce praticien distingué trouve sa source, croyons-nous, dans un préjugé que nous avons déjà signalé au sujet de la névralgie musculaire. Ce préjugé consiste dans la coutume que l'on a de se représenter les douleurs non inflammatoires, siégeant dans les muscles, comme du rhumatisme musculaire. Or, nous avons déjà démontré que la névralgie musculaire idiopathique constituait une entité morbide, et que ses caractères propres n'étaient pas ceux du rhumatisme. Pourquoi dès lors l'hystérie ne peut-elle aussi donner lieu à des douleurs musculaires du même genre, mais qui se distingueraient des douleurs rhumatoïdes, des névralgies musculaires idiopathiques, des douleurs saturnines, etc., par des caractères spéciaux dérivés de la disposition générale qui les a fait naître ! La circonscription des douleurs, leur localisation ordinaire dans un côté du corps, leur acuité inusitée, et les exacerbations que provoquent la pression et les émotions morales bien plus que les mouvements, sont les signes qui donneront son cachet particulier à la névralgie musculaire hystérique.

Cette question des douleurs musculaires de l'hystérie est très-importante au point de vue du traitement : on comprend que dans l'épigastralgie, par exemple, il soit rationnel de répudier les émissions sanguines locales et les nombreux médicaments antigastralgiques pour mettre au contraire toute sa confiance dans les *révulsifs cutanés*.

L'*algésie cutanée* a été signalée pour la première fois comme un phénomène hystérique par MM. Monneret et Fleury (1). Elle ne se présente guère que dans les cas d'hystérie aiguë ; elle peut occuper toute l'étendue de la surface cutanée,

(1) *Op. cit.* Paris, 1842. T. V.

mais le plus souvent elle se limite à certains points du côté gauche du corps; la sensation est celle de fourmillements, d'élancements, de tension et de brûlure; elle s'accompagne le plus souvent d'hyperesthésie des parties sous-jacentes.

Elle cède presque toujours à quelques *fustigations électriques;* les *bains* sont les meilleurs adjuvants de cette médication.

Les *viscéralgies* ont comme les névralgies musculaires et les névralgies cutanées des signes particuliers qui trahissent leur origine hystérique. C'est ainsi que la *gastralgie* a beaucoup d'analogie avec celle des femmes enceintes, qu'elle se caractérise en outre par les douleurs épigastralgiques, et par l'exagération d'un symptôme (éructations gazeuses, salivation). — L'*entéralgie* hystérique se fait remarquer par les coliques, la constipation, et spécialement le tympanisme qui l'accompagnent; elle est quelquefois assez grave pour simuler une métro-péritonite.

A tous ces signes, il faut joindre ceux que nous avons indiqués plus haut pour les névralgies hystériques en général, et, comme toujours, la coïncidence d'autres phénomènes hystériformes.

Le traitement *général* est celui qui convient le mieux aux viscéralgies hystériques, et nous l'avons étudié assez longuement plus haut pour ne plus avoir besoin d'y revenir.

Névralgies rhumatismales.

Ces *névralgies rhumatismales* sont les seules auxquelles soit applicable la dénomination de Remak (rhumatisme nerveux). Nous ne comprenons en effet sous ce titre que les douleurs nerveuses *sans lésion* qui résultent de la diathèse rhumatismale, laquelle se reconnaît à sa transmission héréditaire ou à des phénomènes réactionnels ou arthritiques. Nous avons souligné les mots *sans lésion*, parce que nous ne parlons ici que des névralgies indépendantes du processus exsudatif propre à l'affection rhumatismale.

La cause prédisposante de ces névralgies rhumatismales se trouvera dans une disposition, héréditaire ou contractée, aux affections rhumatiques; les causes occasionnelles sont ordinairement l'action prolongée d'une atmosphère humide et froide, ou l'impression brusque du froid sur le corps en sueur. Ces deux ordres de causes n'agissent presque jamais exclusivement sur le système nerveux : ils produisent en même temps des phénomènes fébriles et des déterminations morbides du côté des séreuses et du tégument externe. La coïncidence de ces altérations est un des principaux signes auxquels on pourra reconnaître la nature rhumatismale d'une névralgie : il en est encore un autre peut-être plus certain que cette concomitance, c'est la substitution de la névralgie aux autres accidents rhumatismaux, ou celle de ces accidents à la douleur névralgique.

Considérée en elle-même, la névralgie rhumatismale offre déjà des *caractères spéciaux* qui suffisent parfois pour la distinguer de toutes les autres névralgies, en dehors même de toute coïncidence rhumatismale.

Il est à remarquer d'abord que les terminaisons musculaires des cordons nerveux seront le siége le plus ordinaire de la manifestation névralgique du rhumatisme. Après les muscles, viennent, dans un ordre décroissant, les viscères, les cordons nerveux, les centres, enfin la peau. La douleur névralgique rhumatismale peut atteindre à peu près tous les *muscles* de la vie de relation, aussi bien ceux des cavités splanchniques que ceux des membres. Les muscles des lombes, du dos et du cou, et des membres inférieurs en sont le plus communément affectés.

Il se présente assez souvent aussi des cas de *névralgies cérébro-spinales ramellaires*, accompagnées des symptômes généraux du rhumatisme aigu, et survenus sous l'influence de la cause occasionnelle que nous avons signalée; la sciatique est celle qu'on a le plus observée.

Parmi les *viscéralgies*, l'entéralgie rhumatismale se rencontre fréquemment; nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas. La cystalgie est encore assez commune. Enfin, un cas de pharyngalgie rhumatismale a été vu par Requin.

Pour ce qui regarde les *névralgies centrales*, nous sommes persuadé que des douleurs rhumatismales de la moelle en ont plus d'une fois imposé pour des lésions organiques de cet organe ou de ses enveloppes.

Enfin, nous n'avons pu trouver d'exemple authentique de *dermalgie* rhumatismale.

Symptômes.

La névralgie musculaire nous servira de type pour l'exposé des symptômes, attendu qu'elle est la plus commune et la mieux caractérisée.

Elle éclate presque exclusivement à l'occasion de l'impression brusque et locale du froid sur la peau couverte de sueur. La *douleur* qui semble s'étendre jusqu'au tissu fibreux, est ordinairement sourde et très-tolérable lorsque le muscle est à l'état de repos; mais le moindre mouvement ou une pression un peu forte réveillent de très-vives douleurs; elles sont parfois assez intenses pour condamner la partie malade à l'immobilité la plus complète. Ces exacerbations douloureuses diffèrent beaucoup des élancements névralgiques; il est très-difficile de les caractériser : plusieurs malades ont comparé devant nous cette sensation à un coup brusque et violent porté sur un membre où l'os est entouré d'une masse musculaire volumineuse.

La douleur sourde, contusive, peut être remplacée par une sensation de chaleur ou de froid due sans doute à cette circonstance que les nerfs musculaires affectés à la perception de la température des corps sont particulièrement le siége du rhumatisme. Les variations de température et les heures de la nuit augmentent notablement l'intensité des douleurs.

Cette souffrance s'accompagne très-souvent d'une contracture musculaire qu'on ne peut vaincre sans les plus vives douleurs, les rapports des parties en

sont naturellement modifiés, et il en résulte, lorsque la rétraction persiste longtemps, des dégénérescences musculaires, des atrophies et des ankyloses. Les muscles du cou sont ceux qu'elle affecte particulièrement (1). La peau qui recouvre les muscles malades présenterait une élévation notable de température (2).

Tels sont les *phénomènes locaux*. Il s'y joint quelquefois un frisson suivi de chaleur, en l'absence même de toute inflammation articulaire concomitante. Ces *symptômes généraux* ne se montrent que dans la névralgie rhumatismale aiguë qui, d'ailleurs, est la forme la plus commune.

Marche.

Les douleurs rhumatismales musculaires sont particulièrement sujettes à des variations et à des déplacements répétés : la douleur quitte le point primitivement malade pour se porter sur les muscles voisins ou des muscles éloignés, ou même pour atteindre, soit des conducteurs nerveux, soit le système ganglionnaire.

Durée.

La névralgie rhumatismale aiguë que nous avons eue surtout en vue dans la description qui précède, dure d'un jour à plusieurs semaines ; au bout de ce temps, elle disparaît ou passe à l'état chronique : c'est dans ce dernier cas que se produisent des paralysies qui ne sont pas sans gravité à cause de l'atrophie qu'elles entraînent après elles.

Traitement.

Le traitement à diriger contre la névralgie rhumatismale, traitement que nous signalons encore comme un moyen de diagnostic, devra comprendre celui de l'état local, et celui de la diathèse.

C'est toujours le premier auquel on devra avoir recours d'abord, à moins qu'il ne soit facile d'appliquer à la fois les deux médications.

(1) A ce propos les auteurs du *Compendium* donnent de la flexion et de la rotation de la tête dans le torticolis l'explication suivante : « Lorsque le rhumatisme a son siége dans les muscles destinés à mettre la tête dans la flexion et la rotation, la tête est fortement inclinée du côté malade, parce que les muscles opposés et congénères restés sains sont les seuls qui se contractent; les muscles affectés au contraire, sont dans le relâchement à cause de la douleur que la moindre contraction ne manque pas de ramener. » Outre que nous ne comprenons pas bien par quel mécanisme la tête s'incline du côté malade parce que les muscles du côté sain se contractent, nous trouvons qu'il est beaucoup plus rationnel d'admettre que la contracture musculaire est un effet de l'impression rhumatismale, et n'existe en conséquence que du côté malade ; cette dernière supposition a l'avantage d'être d'accord avec les faits rapportés par M. Duchenne, qui a guéri des contractures rhumatismales en excitant, par la faradisation, la contraction des muscles antagonistes.

(2) Chomel et Requin. *Dict. de médec.*, 2e édit. Art. *Rhumatisme*.

1° *Traitement local.* — Il consistera d'abord dans les divers moyens que nous avons indiqués au chapitre des névralgies idiopathiques ; il sera seulement convenable d'en exclure, si la névralgie est récente, ceux qui ne sont habituellement prescrits que contre un mal fixe et tenace. A ces *antinévralgiques généraux*, il faudra joindre et quelquefois préférer l'application de certains moyens mis *spécialement* en usage pour combattre les localisations de la maladie rhumatismale. C'est ainsi qu'on devra recouvrir, si c'est possible, la partie malade de ventouses sèches ou scarifiées, de linges chauds, de cataplasmes arrosés de laudanum, d'une couche d'ouate antirhumatismale ou autre, de flanelle, d'une peau de mouton ou de lièvre, afin d'y maintenir une chaleur égale, continue et modérée; que des fumigations excitantes ou aromatiques (benjoin, baies de genévrier, etc.) seront dirigées sur le membre souffrant dans le cas de névralgie musculaire; que des courants labiles d'électricité galvanique (Remak) parcourront les points endoloris; que des frictions excitantes seront pratiquées sur la peau; que les parties névralgiées seront soumises à l'hydrosudopathie, ou plongées dans des bains tièdes très-prolongés ou des bains de vapeur; que les bains locaux ou les douches de certaines eaux thermales sulfureuses (Barèges, Bagnères-de-Luchon, Aix-la-Chapelle, Amélie-les-Bains) seront prescrits avec le plus grand avantage. Enfin, les succès obtenus par M. Duchenne, de Boulogne (1), au moyen de l'électrisation musculaire exclusivement appliquée aux muscles sains dans les cas de contracture rhumatismale, feraient croire qu'une *extension forcée*, obtenue à l'aide de mouvements communiqués, pourrait faire cesser, au prix d'une souffrance aiguë, mais passagère, la contracture et la douleur.

L'état général, suivant qu'il sera fébrile ou apyrétique, apportera, dans le traitement local, des indications et des contre-indications qui seront assez patentes pour qu'il soit inutile de les noter ici.

2° *Traitement général.*— Le traitement général surtout différera suivant que le rhumatisme sera *aigu* ou *chronique*.

Dans le premier cas, on devra rechercher parmi les nombreuses médications préconisées tour à tour contre le rhumatisme fébrile, y compris même l'*expectation*, celle qui paraîtra le mieux appropriée à l'état du sujet. Les circonstances qui guideront le praticien dans son choix seront l'intensité de la douleur et de la fièvre,—la marche de la maladie,—sa simplicité ou ses complications,—l'état des voies digestives, — et enfin, l'état général et la constitution du rhumatisant. Tout en obéissant à ces diverses indications, on fera choix, autant que possible, des agents thérapeutiques qui posséderont en même temps une action hyposthénisante plus ou moins marquée sur le système nerveux : c'est ainsi que, toutes choses égales d'ailleurs, l'extrait d'aconit d'après la méthode de M. Lom-

(1) *Op. citat.*, page 890 et suiv.

bard, de Genève (1), — la belladone, suivant la formule de M. Lebreton (2), le sulfate de quinine, comme le prescrivent MM. Briquet et Legroux (3), — l'émétique à dose rasorienne, procureront dans les névralgies rhumatismales *aiguës*, des curations remarquables.

On voit que le traitement général du rhumatisme *aigu* accompagné de manifestations névralgiques, se réduit, à peu près tout entier, si l'on en excepte quelques conditions hygiéniques qui vont de soi, à l'administration *interne* de certains médicaments. — Il n'en est pas de même du traitement des douleurs névralgiques qui sont l'expression d'une *ancienne* diathèse rhumatismale.

Ici, la thérapeutique interne devient presque complétement impuissante : certains altérants (*teinture d'iode, arsenic, platine*), et quelques moyens employés également à l'état aigu (*sulfate de quinine, belladone*), firent tous les frais de cette médication.

La thérapeutique externe, au contraire, est de la plus grande importance : elle se compose des agents mentionnés à propos du traitement local, avec cette différence qu'on en étend ici l'application à une plus grande partie de la surface du corps ; on pourra réunir en outre plusieurs conditions avantageuses en envoyant les rhumatisants, quand leur défaut de fortune n'y mettra pas obstacle, dans certains thermes du midi de la France, où ils trouveront à la fois des eaux sulfureuses et un climat propice.

Névralgies dartreuses.

Si l'on considère la facilité avec laquelle se contractent les névralgies sous l'action d'un froid brusque appliqué sur la peau, on conçoit aisément que des lésions cutanées comme celles qui constituent les dermatoses amènent fréquemment des douleurs névralgiques. Ces rapports intimes entre les fonctions de la peau et celles du système nerveux par l'intermédiaire du liquide sanguin ont été démontrés expérimentalement il y a longtemps déjà, par M. Fourcault (4) — et l'observation décèle encore chaque jour la relation étroite qui les unit.

Pour ce qui regarde les névralgies, M. Bourguignon dit avoir observé dans une foule de cas un rapport de causalité entre celles-ci et les affections cutanées : la peau devenue sèche chez des individus qui suaient d'habitude abondamment a produit des névralgies ganglionnaires et cérébro-spinales (5).

On admet généralement, à l'heure qu'il est, que la plupart des dermatoses

(1) Trousseau et Pidoux. *Op. cit.*, t. II, p, 113.
(2) *Ibid.*, p. 63.
(3) *Ibid.*, p. 363.
(4) *Causes générales des maladies chroniques, avec l'exposé des recherches expérimentales sur les fonctions de la peau*, etc. Paris, 1844.
(5) *Ibid.*

ne sont, malgré leur apparence idiopathique, que la manifestation tégumentaire d'un vice, d'une *diathèse* à laquelle on donne le nom d'*herpétique* ou de *dartreuse*. Sous ce rapport, les efforts de MM. Bazin, Hardy et de leur école, ont à peu près triomphé des vieilles traditions de Willan et Alibert, soutenues encore dans ces derniers temps par M. Cazenave et M. Fleury. Les affections de la peau ne sont plus maintenant qu'un symptôme d'un vice général qu'il s'agit de combattre en même temps que la lésion locale, sous peine d'éterniser celle-ci, ou de laisser le champ libre aux récidives.

L'entité de cette dyscrasie est si bien constituée que dans les cas où son expression cutanée avorte, son influence se reporte sur d'autres organes de l'économie, et particulièrement l'appareil nerveux : elle y produit alors des désordres variés qui ne disparaissent que par un traitement antidartreux, ou par la réapparition de l'efflorescence cutanée. Ces faits sont mis hors de doute par de nombreuses observations. Hoffman et Masius (1) en ont consigné plusieurs : ils ont vu des névralgies de la face succéder à la rétrocession brusque, spontanée ou provoquée, de couperose et de maladies pustuleuses, et disparaître lorsque ces affections venaient à se reproduire. M. Fallot a été témoin d'une métastase du même genre. M. Teissier a reconnu que des céphalées nerveuses étaient sous la dépendance d'une diathèse herpétique. Enfin, M. Bourguignon (2) a rapporté plus récemment un fait des plus concluants.

Il est regrettable seulement qu'aucun signe assez caractéristique pour faire reconnaître une névralgie dartreuse par le simple examen de ses symptômes n'ait encore été signalé; il serait peu probable pourtant que ces signes particuliers manquassent : on distingue bien, en effet, une dermatose syphilitique d'une autre par sa simple inspection, — et une névralgie hystérique d'une névralgie idiopathique par la forme propre qu'elle affecte. Mais le fait est qu'on n'a pas encore découvert ces signes distinctifs de la névralgie dartreuse, l'élément dartreux intéressant indifféremment les cordons nerveux, leurs extrémités musculaires, cutanées ou muqueuses, les filets sympathiques des viscères, — et toutes ces névralgies se présentant sous la même forme que les névralgies idiopathiques, ou ne s'en séparant que par des différences insensibles ou inconstantes.

Il ne sera donc possible de les reconnaître qu'en étudiant d'abord avec soin les circonstances étiologiques qui ont présidé à leur développement : à cet effet, il n'est pas inutile de rechercher, non-seulement si le sujet a été antérieurement affecté de dermatoses, et s'il n'en porte pas actuellement les traces, mais encore de remonter aux parents ou de l'interroger sur l'état de santé des autres membres de sa famille; on suivra ensuite avec attention le développement et la marche du mal : on verra quelquefois la névralgie apparaître à la suite de la rétrocession d'une éruption cutanée des muqueuses, et les douleurs cesser au

(1) In *Compend. de médecine pratique*.
(2) *Op. cit.*, t. II, pages 29, 30 et 45.

moment où l'affection tégumentaire reparaît. Ce seront là autant de signes attestant l'origine herpétique de la névralgie. L'efficacité d'un traitement antidartreux fondé sur un soupçon de diathèse herpétique, fera de cette supposition une véritable certitude.

Traitement.

La nature herpétique de la névralgie une fois constatée, le traitement devra être institué autant en vue de la *diathèse* que de la *douleur locale*. Il se rapprochera beaucoup, quant aux indications générales, du traitement que nous exposerons plus loin au sujet de la goutte. On devra, en effet, n'employer *localement*, pour atténuer la douleur, que des moyens anodins, en même temps qu'on essaiera de déterminer à la peau, dans un point que l'on choisira ou dans le point d'élection ordinaire de l'éruption cutanée, une irritation destinée à y remplacer ou à y ramener la dermatose égarée. Pour remplir la première indication, on fera sur la partie malade des *fomentations* légèrement narcotiques, ou mieux l'on appliquera sur le lieu du mal, des *vésicatoires* dont on entretiendra la suppuration ou qu'on renouvellera à plusieurs reprises. Ce dernier moyen est le plus rationnel de tous, parce qu'il obéit aux deux indications à la fois. C'est encore celui auquel on devra recourir pour atteindre isolément le second des deux buts qu'on s'est proposé.

Si l'action du vésicatoire semble trop superficielle ou trop passagère, on le remplacera par un *cautère* appliqué *loco dolenti*, si c'est possible, sinon dans le point d'élection ordinaire, c'est-à-dire à la face externe du bras en dessous de l'insertion du deltoïde.

On luttera concurremment contre la *diathèse* par les moyens appropriés. Les *dépuratifs* internes et externes (amers, sudorifiques, soufre, eaux minérales sulfureuses en boissons ou en bains, bains de vapeurs simples ou térébenthinés), — les *altérants* (arsenic, or, bromure de potassium, iode, eaux iodo-bromées de Kreutznach et de Nauheim) constitueront, par leur emploi isolé, successif, ou simultané, la médication antidartreuse ordinaire.

L'*hydrosudopathie* ne pourra être, d'après M. Fleury, que d'un faible avantage : il ne lui reconnaît qu'une certaine efficacité dans les dartres sèches; il n'en aurait rien obtenu dans les éruptions sécrétantes (1). On ne pourrait, par ce moyen, ni combattre, ni rappeler à la peau la manifestation d'un vice dartreux latent dont cet auteur nie d'ailleurs l'existence; la seule action qu'on puisse lui accorder est la révulsion qu'amène infailliblement l'application prolongée des compresses excitantes, ainsi qu'une réparation incomplète de la peau, qui s'obtiendrait au moyen de la sudation et des douches.

(1) *Mémoires et observations sur le psoriasis*, in *Archives générales de médecine*, année 1836, t. XII, p. 4,105.

Névralgies scrofuleuses.

La science ne possède encore aucune notion précise sur ce sujet; elles doivent cependant exister au même titre que les névralgies rhumatismales, dartreuses, syphilitiques, etc. Quand on voit se refléter sur le système nerveux ces diathèses diverses, on est en droit de supposer que la scrofulose peut se traduire comme elles par des manifestations névralgiques.

Nous avons rencontré souvent des jeunes filles à lymphatisme excessif, chez lesquelles on pouvait remarquer la délicatesse extrême de la peau, la couleur bleuâtre de la sclérotique, la luxuriance des formes, l'existence antérieure d'engorgements glandulaires, enfin des points nombreux d'*acne punctata*, qui présentaient des névralgies faciales opiniâtres, dont on ne parvenait à avoir raison que par l'action combinée des vésicatoires morphinés, d'une hygiène modificatrice, et d'une médication iodo-ferrugineuse. N'était-on pas en droit de diagnostiquer dans des cas de ce genre une affection scrofuleuse? M. Bourguignon fait mention de névralgies dartreuses « où le moindre eczéma des oreilles, la plus petite squamme de psoriasis ou d'herpès » l'ont éclairé sur la nature de la névralgie. Il est possible, probable même, vu la fréquence extraordinaire des dermatoses dans la scrofule, que plusieurs de ces éruptions n'étaient autre chose que des *scrofulides*, et que partant, les névralgies, au lieu d'être de simples névralgies dartreuses, étaient comme les sœurs de ces maladies cutanées. Le cas que le même auteur rapporte à la page 29 du volume consacré aux névralgies, pourrait être également distrait du cadre des névralgies herpétiques pour rentrer dans celui des névralgies scrofuleuses. Il s'agit d'une femme de 32 ans, affectée dans son enfance de gourmes tenaces, prise de leucorrhée à l'âge de la puberté, affectée ensuite d'un catarrhe utérin abondant dont la guérison donna lieu à l'apparition d'un eczéma de la face et du cou; l'eczéma guéri, une névralgie de la face apparut; puis l'écoulement utérin se substitua de nouveau à la névralgie, et ainsi de suite.

Ces observations sont trop peu nombreuses et trop peu concluantes pour établir d'une manière péremptoire l'existence de la névralgie scrofuleuse; mais elles ont cependant assez de valeur pour attirer l'attention sur ce point inexploré de la science.

Névralgies syphilitiques.

« La syphilis du système nerveux, disent MM. Gros et Lancereaux, ne saurait plus être niée de nos jours (1). » Il résulte des recherches des syphiliographes modernes, que non-seulement il se développe, sous l'influence de la diathèse syphilitique, des altérations organiques qui peuvent produire d'une manière

(1) Gros et Lancereaux. *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1861, page 11.

indirecte des manifestations névropathiques, mais encore que la syphilis peut intéresser directement le système nerveux, créer des *névroses syphilitiques essentielles*.

Les *névralgies* tiennent un rang assez élevé parmi ces diverses expressions de la vérole. Elles affectent toutes les parties du système nerveux, mais avec une fréquence variable. Les névralgies musculaires sont les plus nombreuses, puis viennent après elles, par ordre de fréquence, les névralgies ramellaires, les viscéralgies, les névralgies centrales, les névralgies cutanées. Chacune de ces névralgies offrira des caractères particuliers tenant à leur siége différent, mais toutes, en qualité de manifestations syphilitiques, présenteront plusieurs traits de famille. Nous décrirons les premiers plus tard, à propos de leur étude respective ; mais nous allons immédiatement indiquer les signes qui leur sont communs.

1° Elles ont toujours été précédées d'accidents syphilitiques primitifs, et quelquefois aussi d'accidents secondaires.

2° Elles se montrent surtout dans les cas où le traitement antisyphilitique a été ou nul ou incomplet.

3° Elles peuvent exister pendant longtemps comme seule manifestation syphilitique (1).

4° Elles se développent le plus souvent lors de la deuxième période de la syphilis ; elles accompagnent, précèdent ou suivent l'apparition des accidents secondaires; elles peuvent se substituer à l'un de ces accidents, ou être remplacées par lui.

5° Elles résistent à tout traitement non antisyphilitique : un traitement spécifique les fait disparaître au contraire avec une facilité remarquable.

Ce dernier signe est un des plus importants parce qu'il est presque pathognomonique, et que, dans certains cas, il est le seul : voici ce que dit à ce sujet M. Franceschi (2) qui a rencontré plusieurs faits de ce genre : « De toutes les formes cachées qu'affecte la diathèse syphilitique, la plus décevante est sans doute celle où elle ne se traduit que par une simple névralgie sans antécédents ni concomitants spécifiques. De tels faits n'ont pas seulement l'intérêt d'un fait rare ; ils constituent un avertissement en permanence pour les médecins appelés à se trouver au milieu de pareilles ténèbres. » On conçoit en effet que dans de telles circonstances, alors qu'il n'existe aucune lésion actuelle, topique, nettement spécifique, le diagnostic des névroses syphilitiques, soit, comme le dit M. Diday, purement conjectural.

Cette exposition des caractères communs terminée, nous passons à chaque forme de névralgie syphilitique en particulier.

(1) Gros et Lancereaux. *Op., cit.*, page 77.
(2) *Gaz. médicale de Paris*, année 1848, page 614.

Névralgie musculaire.

Ces douleurs névralgiques appelées par M. Gamberini *rhumatalgie musculaire vénérienne,* et par MM. Gros et Lancereaux *douleurs rhumatoïdes syphilitiques,* ou *rhumatalgie syphilitique,* ont encore reçu le nom de *douleurs prodromiques* parce qu'elles s'observent d'une manière assez constante pour caractériser le début des accidents secondaires ; elles sont en général les premiers signes de la généralisation du mal ; on les observe rarement à la période tertiaire.

Elles semblent quelquefois occuper d'autres parties que les organes musculaires, mais il est possible qu'une étude analogue à celle qu'a faite M. Briquet pour les douleurs hystériques en arriverait à démontrer leur localisation presque exclusive dans les muscles : une circonstance propre à appuyer cette dernière supposition, c'est qu'un résultat très-fréquent de ces douleurs est la faiblesse, l'engourdissement,—ou un certain degré de contracture ; on a même remarqué que lorsque cette dernière accompagnait les douleurs au lieu de les suivre, elle présentait des exacerbations lors des crises douloureuses.

Or, s'il est établi que les muscles sont le siége le plus ordinaire des douleurs prodromiques, il nous semble juste de rejeter les expressions vagues de rhumatalgie, de douleurs rhumatoïdes syphilitiques, pour adopter la dénomination à la fois plus précise et plus exacte de *névralgie musculaire syphilitique.*

Symptômes propres.

Les caractères de la névralgie musculaire syphilitique sont assez tranchés.

Ces douleurs musculaires succèdent ordinairement à une douleur de tête sur laquelle nous reviendrons ; on les rencontre le plus souvent dans les masses musculaires et au voisinage des articulations ; elles n'ont pas une grande intensité (Diday) ; elles subissent des exacerbations, mais ces dernières sont à peu près indépendantes de l'époque de la journée : elles se présentent aussi bien le jour que la nuit. Ce ne sont pas là les seuls signes qui les distinguent des douleurs *ostéocopes :* d'après M. Ricord, les douleurs appelées *rhumatoïdes syphilitiques* n'ont pas la fixité des douleurs ostéocopes ; elles ne se réveillent pas par des pressions exercées dans l'intervalle des crises, mais elles sont excitées par les contractions musculaires ; leur siége est tantôt superficiel, tantôt profond ; enfin il est impossible au malade de les soumettre à une délimitation précise. On pourrait ajouter qu'elles se montrent dans la période de transition, ou au milieu des accidents secondaires, tandis que les douleurs ostéocopes, même essentielles, se montrent généralement plus tard.

La nature essentielle de ces douleurs comparée aux altérations organiques fixes qui sont la source ordinaire des douleurs ostéocopes, la différence de

structure et de fonction des organes, et les points différents du corps (1) où elles se présentent, expliquent et confirment tout à la fois les signes diagnostiques que nous venons d'énumérer.

Les névralgies musculaires syphilitiques laissent quelquefois après elles des troubles dans la motilité.

Pathogénie.

M. Ricord (2) attribue la production de ces douleurs à une oligohémie particulière démontrée par l'analyse, à laquelle cet auteur a donné le nom de *chlorose syphilitique.*

M. Diday, de Lyon (3), rapporte aussi à la déglobulinisation du sang les accidents nerveux prodromiques (douleurs musculaires et céphalée), mais il établit une sorte d'indépendance entre ces phénomènes nerveux et la syphilis. L'état chloro-anémique, dont font partie ces phénomènes nerveux n'aurait, d'après lui, « *rien de propre à la syphilis* » ; ses manifestations n'auraient rien de spécifique; ce ne serait qu'un symptôme et non un signe pathognomonique de la vérole. Il en tire la conséquence inattendue que ces accidents doivent être traités par l'*iode;* les faits auraient démontré sa vertu presque constante, en même temps que l'inefficacité du *mercure.*

Nous avons plus d'une critique à adresser à cette manière de voir :

1° On voit souvent des affections nerveuses ou autres dont la nature diathésique n'est pourtant pas douteuse, ne présenter dans leur expression symptomatique, si l'on fait abstraction de signes concomitants, aucun indice de leur origine. La pureté de la chloro-anémie prodromique ne prouve donc en aucune façon qu'elle n'est pas l'effet direct, immédiat, *protopathique* du virus.

2° En admettant même qu'elle n'en est que le produit *médiat,* elle n'en est pas moins *engendrée,* de l'aveu de M. Diday lui-même, *par le virus syphilitique.* Or, en saine pratique, la médication la plus rationnelle et la plus efficace sera toujours celle qui s'attaquera à la cause même, au virus (*ablatâ causâ,* etc.) Si l'iode guérit, c'est donc parce qu'il neutralise l'action malfaisante du virus, et non pas parce qu'il rend directement au sang les éléments qui lui manquent; comment d'ailleurs reconstituerait-il le sang en *cinq jours* (4)?

3° Le mercure n'a pas été efficace entre les mains de M. Diday, c'est vrai; mais il a réussi en d'autres mains (5); serait-ce au surplus le premier exemple où l'on aurait vu l'un des deux spécifiques empiéter sur le domaine de l'autre?

(1) Les douleurs ostéocopes occupent le plus souvent les os de la tête, — les douleurs rhumatoïdes affectent les muscles du tronc ou des membres.

(2) *Bulletin général de thérapeutique,* tome XXVII, p. 111. — *Leçons sur le chancre.* Paris, 1860.

(3) *Histoire naturelle de la syphilis.* Paris 1863, p. 97 et suiv.

(4) *Ibid.,* p. 100.

(5) Voy. Gros et Lancereaux. *Op cit.,* obs. 2, 3, 4, 5, pages 31 et 32.

D'ailleurs, le mercure *n'a pas augmenté le mal* (1); or, il aurait dû *nuire* si l'état chloro-anémique était le résultat, comme le dit M. Diday, de la débilitation de l'organisme.

4° Nous demanderons enfin pourquoi ces accidents auraient une tendance aussi remarquable à guérir, s'ils n'étaient une expression du principe vérolique, disparaissant par cela même nécessairement, comme plusieurs accidents secondaires, par la marche naturelle d'un mal dont les manifestations suivent presque toujours un ordre *successif*.

Nous croyons, quant à nous, que c'est là un résultat direct, protopathique, du virus, en ce sens qu'un appauvrissement appréciable du sang ne doit pas être forcément invoqué pour rendre compte de ces douleurs : il suffit que le liquide nutritif soit imprégné du virus syphilitique pour que celui-ci, mis en contact par l'intermédiaire de ce véhicule avec le système nerveux, y donne naissance à des troubles fonctionnels de la sensibilité.

Névralgie osseuse ou douleur ostéocope.

Nous ne dirons qu'un mot de celle-ci, car il est rare que les douleurs syphilitiques des os se fassent sentir sans que ceux-ci soient le siége de lésions appréciables. Mais comme il se rencontre des cas où ces lésions n'ont pas été constatées, on doit admettre en principe, malgré l'autorité de Vidal (2), l'existence idiopathique de ces douleurs; la disparition extrêmement rapide des douleurs sous l'influence d'un traitement antisyphilitique ne pourrait d'ailleurs s'expliquer que difficilement si l'on rejetait d'une manière absolue l'essentialité des douleurs ostéocopes.

Elles ne diffèrent guère, au surplus, par leurs symptômes subjectifs des douleurs ostéocopes causées par une lésion locale.

Les phénomènes appartenant aux douleurs ostéocopes *symptomatiques* ou non sont leurs *exacerbations* qui se reproduisent à peu près exclusivement pendant les heures de la nuit; elles siégent le plus souvent à la tête. Lorsqu'elles ont duré longtemps, elles entraînent presque toujours à leur suite, alors même qu'elles paraissaient primitivement idiopathiques, des lésions osseuses que nous n'avons pas à décrire ici.

Névralgie ramellaire.

La névralgie ramellaire se voit moins fréquemment que la névralgie des muscles; elle ne se rencontre qu'exceptionnellement dans la période de transition ; elle accompagne presque toujours les accidents secondaires ; lorsqu'elle

(1) Diday. *Op. cit.*, p. 100.
(2) *Traité des maladies vénériennes*, p. 475.

survient dans une période plus avancée, elle cesse d'être idiopathique, on doit en général en rechercher la cause dans une lésion matérielle (1).

La névralgie trifaciale (2), puis la sciatique, sont celles qu'on a rencontrées le plus souvent, mais il n'est aucun cordon nerveux sensible un peu important qui soit indemne de l'algésie syphilitique.

Symptômes propres.

En supposant que l'on néglige les renseignements anamnestiques, et ceux que fournissent l'état actuel du malade et la marche générale de l'affection, on ne trouverait, d'après MM. Gros et Lancereaux (3), aucun symptôme spécial qui permît de les distinguer des autres névralgies.

Si, par *symptôme spécial* ces auteurs entendent un signe pathognomonique, nous voulons bien admettre avec eux que ce signe n'existe pas; mais s'ils comprennent par là que l'ensemble symptomatologique considéré en lui-même ne peut fournir aucune donnée sur la nature syphilitique de la névralgie, nous ne craindrons pas de contester leur assertion. Il appert, en effet, de la lecture des observations rapportées par ces auteurs eux-mêmes que, dans plusieurs cas, les douleurs ont revêtu :

1° Un caractère d'*intensité* extraordinaire exprimé par les qualifications diverses d'*atroces, intolérables, insupportables, cruelles,* assez vives même pour faire pousser des cris et faire naître des idées de suicide.

2° Un type franchement *intermittent,* quelquefois périodique; les accès sont assez souvent nocturnes.

Ces deux signes, lorsqu'ils existeront à la fois, constitueront une forte présomption en faveur d'une origine syphilitique. Or, comme la névralgie peut subsister pendant longtemps comme unique manifestation de la vérole, les deux caractères particuliers que nous venons de noter pourront devenir assez précieux. Dans les autres cas, l'étude des commémoratifs, l'état du malade, le traitement, etc., fourniront des données certaines sur la nature de l'algésie.

Lorsque le mal reste ignoré, ou que sa spécificité n'est pas reconnue à temps, il amène parfois à sa suite des *paralysies de la sensibilité.*

Viscéralgie.

Les cas authentiques de viscéralgie syphilitique recueillis dans les annales de la science ne sont pas encore très-nombreux. Cependant, leur existence est admise depuis assez longtemps déjà et Sandras ne refuse pas plus au vice syphilitique qu'aux diathèses rhumatismale et goutteuse, la funeste propriété de donner naissance à des névralgies ganglionnaires.

(1) Gros et Lancereaux. *Op. cit.*, p. 467.
(2) Vaulpré. *Bulletin de thérapeutique,* t. XLII, p. 75.
(3) *Op. cit.*, p. 72.

La plus fréquente est la *gastralgie*. Après elle, vient l'entéralgie, puis l'hépatalgie.

Symptômes propres.

Elles n'affectent d'autre caractère particulier que leurs exacerbations nocturnes qui sont encore loin d'être constantes ; ce signe a servi à MM. Trousseau et Pidoux (1) à reconnaître et à guérir une gastralgie syphilitique.

Nous avons remarqué aussi, dans la description de ces gastralgies, qu'elles s'accompagnaient toutes de *vomissements ;* mais nous ne savons s'il faut accorder à ce signe une bien grande importance.

Les viscéralgies disparaissent souvent pour faire place aux déterminations cutanées de la vérole ; elles se compliquent fréquemment aussi d'autres symptômes nerveux syphilitiques, et entre autres, de névralgie musculaire. Par contre, on les a vu constituer le symptôme unique de la vérole (2).

C'est dans le cours de la seconde période qu'on les rencontre le plus communément.

Névralgie centrale.

Nous n'avons pu trouver, même dans les auteurs qui ont traité spécialement des affections nerveuses syphilitiques, aucune mention de cette névralgie : il n'en est pas une, parmi elles, qui soit rapportée explicitement aux centres nerveux eux-mêmes (3).

On a signalé cependant des *céphalées* syphilitiques dans lesquelles la douleur ne suit aucun trajet nerveux, n'intéresse nullement la surface cutanée, et ne s'exagère pas par les mouvements des muscles sous-cutanés épicrâniens. Ces céphalées ne peuvent guère se rattacher, nous semble-t-il, qu'à une lésion organique de l'os, des méninges ou du centre nerveux, ou bien à une simple perversion de la sensibilité de l'encéphale ; or, la guérison, dans quelques cas, a été obtenue avec une telle rapidité, qu'il est impossible d'admettre la résolution d'une affection organique : ce qui doit faire pencher en faveur de la dernière supposition.

Le fait suivant, ajouté aux remarques qui précèdent, donnerait à notre opinion un caractère de haute vraisemblance. La céphalée marque presque toujours le début de la syphilis constitutionnelle. Or, nous avons vu que l'époque de transition et la deuxième période étaient caractérisées bien plutôt par des douleurs purement nerveuses (névralgies musculaires, névralgies ramellaires, viscéralgies), que par des douleurs périostiques ou osseuses, qui sont d'ordi-

(1) *Op. cit.*, t. I, page 231.

(2) Gros et Lancereaux. *Op. cit.*, page 67.

(3) Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de la *syphilis cérébro-spinale* symptomatique de lésions organiques.

naire l'apanage de la période tertiaire de la syphilis (*Voyez* Gros et Lancereaux, obs. 4 et 5).

Plusieurs des *douleurs ostéocopes sans lésion appréciable* dont nous avons parlé plus haut sont peut-être une seconde variété de cérébralgies syphilitiques. Ce qui rendrait applicable à ces douleurs ostéocopes la définition de M. Bedel (1) dans laquelle il n'est en effet question que d'une *céphalalgie prodromique de la syphilis cérébrale*, sans l'indication d'aucun signe propre à faire préjuger sa nature.

Voici cette définition : « La céphalalgie est ordinairement continue, accompagnée d'exacerbations, surtout pendant la nuit; quelquefois aussi, elle est intermittente. Elle est presque toujours nettement localisée en un point de la voûte crânienne où la pression du doigt la réveille et l'exaspère; son intensité est souvent très-grande... Un malade comparait ses sensations à la douleur que causerait une boule de feu, roulant dans la tête, une vrille perforant le crâne ; il disait que sa tête était sur le point d'éclater..... Cette céphalalgie, en général, est d'autant plus intense qu'elle est plus ancienne, et sa marche suit les progrès de l'affection générale. »

MM. Gros et Lancereaux rapportent cette définition aux douleurs ostéocopes ordinaires; ils n'ont pas remarqué qu'au dire de M. Bedel, cette céphalalgie devient plus intense à mesure qu'elle est plus ancienne, tandis que M. Ricord (2), en parlant de la douleur ostéocope vraie, c'est-à-dire accompagnée de périostose, professe qu'au fur et à mesure que la lésion organique fait des progrès, la douleur caractéristique diminue.

Si l'on place en regard de cette description de la céphalalgie prodromique de la syphilis cérébrale, celle qu'a donnée M. Ricord de la céphalée qui caractérise la période d'invasion, on peut remarquer entre elles des différences notables; tandis que la première description se rapproche beaucoup de celle des douleurs ostéocopes symptomatiques d'une lésion osseuse, la seconde dépeint un mal tout différent. M. Ricord dit en effet que les douleurs rhumatoïdes prodromiques sont moins fixes que les douleurs ostéocopes, que leur siège n'est pas le même à chaque accès, qu'il est tantôt superficiel et tantôt profond, que le malade éprouve une grande difficulté à se rendre compte de leur point de départ et de leur trajet, que des pressions exercées en dehors des accès ne les réveillent pas ; qu'enfin, elles peuvent se faire sentir dans tous les points du corps (3).

Il y aurait donc *deux espèces* de douleurs céphaliques que nous regardons toutes deux comme essentielles, comme *protopathiques :*

(1) *De la syphilis cérébrale.* Dissertation inaugurale, Strasbourg, 1851, in Gros et Lancereaux. *Op. cit.*, page 56.

(2) *Gazette des hôpitaux*, année 1846, page 2.

(3) Gros et Lancereaux. *Op cit.*, page 24.

1° La céphalée prodromique qui constitue un des premiers effets de l'intoxication syphilitique.

2° La céphalée avant-coureur de la syphilis cérébrale, qui ne survient que plus tard.

Symptômes propres.

Nous n'avons, pour distinguer la névralgie cérébrale syphilitique, que les caractères assignés par M. Bedel à la céphalalgie prodromique de la syphilis cérébrale, et ceux que M. Ricord reconnaît aux douleurs nerveuses prodromiques, à condition de rechercher surtout les caractères différentiels entre cette douleur centrale et les douleurs ostéocopes vraies. On les reconnaîtrait surtout à leurs *crises* atroces (Diday), et au cortége des accidents prodromiques.

Quant à la *névralgie syphilitique de la moelle épinière,* nous pensons aussi qu'on aurait pu considérer comme telles des douleurs vives ressenties dans les membres inférieurs, et quelquefois suivies de paralysie, sans lésion appréciable de la moelle ou de ses enveloppes. M. Bertherand (1) cite un de ces cas sous le titre de *rachialgie syphilitique.*

Névralgie cutanée.

MM. Gros et Lancereaux rapportent plusieurs exemples, les uns pris dans les auteurs, les autres leur appartenant en propre, d'hyperesthésie cutanée développée dans le cours de la période secondaire de la vérole; la douleur cutanée s'est accompagnée dans un cas de névralgie cubito-digitale aux deux membres supérieurs.

Il nous a semblé remarquer qu'à l'instar de la névralgie ramellaire, la dermalgie syphilitique atteignait un degré d'acuité extrême; dans le cas mentionné plus haut, le moindre attouchement de la peau algésiée (main et avant-bras) provoquait des douleurs *atroces.*

Nous avons vu que dans la dermalgie hystérique, les couches sous-cutanées participent souvent à l'algésie; il n'en est pas de même ici : la surface seule de la peau est douloureuse. Mais si elle ne gagne en profondeur, la douleur peut, en échange, s'étendre à tous les nerfs tégumentaires (2).

Nous ne parlons ici, bien entendu, que de la dermalgie syphilitique *essentielle,* et non des douleurs cutanées qui tiennent à une lésion appréciable de la peau, des tissus sous-jacents, du cerveau ou de la moelle. — Car ces dernières appartiennent à la division des *douleurs névralgiformes symptomatiques,* et non à celle des *névralgies diathésiques* qui nous occupe actuellement.

(1) *Recherches sur les névralgies syphilitiques,* in *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles,* 33e vol., page 35, 22e observation.

(2) Virchow. *Ueber die Natur der constitutionnell. syphilitischen affectionen.* Obs. 3.

Traitement des névralgies syphilitiques.

Nous n'avons pas donné le traitement respectif de chaque espèce de névralgie syphilitique, parce qu'au point de vue de la médication, la diathèse prime toutes les indications particulières fournies par le siége ou par la forme de la douleur. Nous ne voulons pas dire par là qu'il faut complétement négliger le traitement local, car, combiné aux moyens généraux, il ne laissera pas que d'avoir son utilité; mais la condition essentielle d'une guérison définitive sera toujours d'insister, la diathèse une fois reconnue, sur le traitement général antisyphilitique.

Les moyens *locaux* sont ceux que nous avons indiqués à propos des névralgies idiopathiques; et parmi eux, on donnera la préférence aux narcotiques.

Le traitement *général* comprendra les mesures hygiéniques et les agents pharmaceutiques.

On a reconnu de tout temps que l'*hygiène* devait jouer un certain rôle dans la thérapeutique de la syphilis; mais c'est à M. Diday qu'on doit d'en avoir bien démontré l'importance, et d'avoir tracé, *ex professo*, les règles qui doivent présider à son application (1).

Le malade devra éviter tout refroidissement, toute émotion vive, toute boisson trop excitante, il consacrera au sommeil un temps suffisant; on lui fera observer un juste milieu entre une alimentation irritante et une nourriture relâchante, tout en prenant en considération le régime habituel et les goûts des malades. L'atmosphère qui l'entoure devra être sèche, égale et assez élevée. M. Diday conseille la migration dans les pays méridionaux.

Quant au traitement *pharmaceutique* que l'on devra presque toujours employer concurremment avec les prescriptions hygiéniques, on n'aura pas le choix immense qu'offre la thérapeutique pour toutes les maladies incurables; mais, ce qui vaut bien mieux, on pourra mettre en œuvre quelques médicaments dont le nombre est restreint par cela même que leur efficacité est éprouvée. Ces médicaments sont : le *mercure*, l'*iode*, l'*arsenic* et l'*or*.

Le premier est celui qui mérite la palme dans le traitement des névralgies syphilitiques : nous avons vu que celles-ci accompagnent le début et le cours de la seconde période de la syphilis, et tout le monde sait que le mercure est le spécifique le plus sûr contre les accidents secondaires. La préparation la plus généralement adoptée par les médecins français est le *protoiodure* de mercure; sous cette forme, le mercure est parfaitement supporté, et l'iode qui lui est combiné, ne fait que renforcer son action. On le donne en pilules à la dose de 5 centigrammes pour commencer; on va jusqu'à 20 et même davantage. La formule que nous recommandons est la suivante :

(1) *Op. cit.*, page 195 et suiv.

R.	Protoiodure de mercure. . .	60 centigr.
	Résine de gayac	1 gramme.
	Extrait gommeux d'opium . .	30 centigr.

Mêlez et faites selon l'art 12 pilules. A prendre progressivement 1, 2, 3 par jour.

L'*iodure de potassium* ne sera employé pour combattre les névralgies syphilitiques que si les préparations mercurielles administrées d'une manière convenable venaient à échouer dans les douleurs rhumatoïdes, par exemple; il réussirait peut-être aussi dans d'autres cas en opérant la curation d'une lésion organique tertiaire propre à entretenir le mal, et qu'on n'aurait pas soupçonnée. Le sel potassique se donne dans l'eau pure ou additionnée de quelques gouttes d'essence de menthe, sans sirop, à la dose de 50 centigrammes à 10 grammes (1) dans les vingt-quatre heures.

L'*iodure de sodium* ou d'*ammonium* remplace quelquefois avec avantage l'iodure de potassium, lorsque l'action de ce dernier sel est émoussée (Gamberini). Dose : 30 à 80 centigrammes.

L'*arsenic* se donne aussi dans la période tertiaire, lorsque l'iodure de potassium n'a pas réussi, ou lorsque la constitution aura été détériorée par le mal ou l'administration vicieuse des deux autres altérants. On le prescrit à petites doses sous forme d'acide arsénieux ou de liqueur de Fowler ; le malade prend chaque jour 10 à 40 gouttes de cette dernière.

L'*or* est encore une ressource assez précieuse. On administre le perchlorure d'or et de sodium suivant la formule de Chrestien, c'est-à-dire en frictions sur la langue, à la dose de 2 milligrammes à 2 centigrammes, mêlé à de la poudre de lycopode.

Enfin, le *bichromate de potasse* à petites doses (Vicenti) jouirait de propriétés antisyphilitiques. On en donne de 13 milligrammes à 8 centigrammes par jour.

Les *toniques névrosthéniques* et *analeptiques* devront quelquefois venir en aide à la médication spécifique.

Les *bains de sublimé* (8 à 30 grammes pour chaque bain), les *eaux sulfureuses thermales* seront encore prescrits avec avantage. Les derniers, ainsi que l'*hydrothérapie*, possèderaient la propriété d'évoquer pour ainsi dire la syphilis, et de déceler ainsi l'origine vérolique d'un mal indéterminé. C'est donc un moyen de diagnostic que l'on devra ajouter à ceux que nous avons déjà notés : ce sera, en outre, un moyen curatif, car on prétend que les eaux sulfureuses, comme l'hydrothérapie, favorisent l'action thérapeutique du mercure et empêchent les accidents hydrargyriques de se produire, ou au moins en atténuent notablement les effets lorsqu'ils existent déjà.

M. Remak (2), enfin, a combattu les névralgies syphilitiques par des *cou-*

(1) Nous avons déjà donné 12 à 15 grammes par jour d'iodure de potassium pendant plusieurs semaines, et nous n'avons eu qu'une fois des symptômes de déglobulisation.

(2) *Op. cit.*, page 382

rants galvaniques constants appliqués sur le point affecté; cette médication aurait, d'après lui, soulagé le malade et accéléré l'effet du traitement interne.

Disons en terminant pourquoi nous avons tant insisté sur les névralgies syphilitiques : c'est parce qu'elles sont généralement peu connues et que cette ignorance est d'autant plus regrettable qu'il suffit de savoir les distinguer pour les guérir; le traitement est, en effet, des plus simples et jouit d'une efficacité à peu près constante.

Névralgies diphthéritiques.

Jusqu'à présent on n'a guère noté dans les affections diphthéritiques que des symptômes d'anervie. Le docteur Headlam Greenhow (1) a cependant observé des perversions douloureuses de la sensibilité musculaire accompagnant l'amyosthénie diphthéritique. La plante des pieds, les mollets, les masses musculaires de l'avant-bras s'endolorissent; les lèvres et la langue deviennent fréquemment le siège de fourmillements, d'engourdissement ou bien de brûlure ou de froid.

Nous croyons que des recherches ultérieures feront découvrir un plus grand nombre d'affections douloureuses symptomatiques de la diphthérite, dont les caractères seront assez tranchés pour qu'il soit possible de les faire rentrer dans la classe des névralgies.

Névralgies des convalescents.

Il est encore des états pathologiques auxquels se relient des névralgies de différentes formes et de différente nature. On observe assez fréquemment à la suite des *fièvres éruptives*, de la *fièvre typhoïde*, de la *fièvre jaune*, du *choléra*, des affections algésiques qui découlent directement du principe morbide, — se rattachent à l'épuisement infailliblement amené par une maladie longue et sérieuse. Ces névralgies devraient être comprises sous le nom de *névralgies des convalescents*.

M. Gubler a déjà publié dans les *Actes de la Société des hôpitaux*, un travail plein d'intéressantes observations sur les *paralysies diffuses des convalescents;* il n'est pas étonnant, nous semble-t-il, que le trouble du système nerveux consécutif aux maladies aiguës se manifeste, dans certains cas, par des phénomènes algésiques, au lieu de donner naissance à des symptômes d'anervie. Toutefois, l'histoire de ces névralgies des convalescents est encore à faire : tout ce que nous pouvons en dire, c'est qu'à l'instar des paralysies de M. Gubler, elles mériteraient le nom de *diffuses* par leurs caractères peu tranchés et le vague de leurs localisations.

(1) *Sur les affections diphthéritiques du système nerveux; Edinburgh Medical journal*, année 1863, et in *Gazette médicale de Paris*, année 1864, n° 24.

Leur *traitement* sera celui de la douleur — et celui de la convalescence. C'est surtout le second traitement qu'il conviendra d'avoir en vue, car la cause de la névralgie résidant dans un état passager, l'indication la plus rationnelle est de rendre la plus brève possible cette situation transitoire. Une alimentation convenable, des conditions hygiéniques excellentes, quelques toniques névrosthéniques, l'hydrothérapie, abrégeront la durée de ces douleurs névralgiques en diminuant la longueur de la convalescence.

Névralgies tenant à la suppression de certains flux (1).

La disparition de quelques flux physiologiques ou pathologiques amène assez souvent des névralgies.

L'arrêt brusque des menstrues, — de l'écoulement leucorrhéique utérin ou vaginal, — du flux hémorrhoïdal, — de catarrhes pulmonaires chroniques, — d'ulcères anciens, — et même d'un écoulement artificiel provoqué comme celui d'un ancien exutoire, sont autant de causes susceptibles de déterminer des hyperalgésies.

Parmi les cas relatés dans les annales de la science, il en est, certes, qui ont été trop légèrement rapportés à cet ordre de causes; mais cependant le nombre des douleurs nerveuses dont la causalité semble authentique, est encore assez considérable pour que la possibilité de cette filiation ne puisse plus être mise en doute.

Symptômes.

Les *formes* que les névralgies affectent sont celles des névralgies idiopathiques; quelques-unes cependant prennent les caractères des *névralgies congestives* dont nous parlerons plus loin : ces dernières sont habituellement le produit de la suppression d'un flux sanguin.

Traitement.

L'indication précise, une fois le diagnostic bien établi, est de rappeler par des moyens convenables le flux supprimé.

L'exposition de ces différents moyens nous entraînerait trop loin dans le champ de la pathologie interne; aussi nous contenterons-nous de faire remarquer que si l'écoulement chronique s'est arrêté spontanément, il n'est pas toujours facile de le faire apparaître de nouveau : toute la sagacité du praticien, et quelquefois aussi toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique seront mises en jeu, et parfois en vain, pour rappeler un écoulement ménorrhéique.

(1) Nous plaçons ces névralgies parmi les névralgies diathésiques et non les névralgies sympathiques, parce qu'elles sont, en dernière analyse, le résultat d'une modification générale imprimée à l'économie par la rétention dans l'organisme d'éléments qui, auparavant, en étaient éliminés.

Dans les cas où cette médication rationnelle restera sans succès, il faudra recourir aux médications antinévralgiques proprement dites, qui triompheront quelquefois du mal sans atteindre pour cela la cause qui l'a fait naître.

2° *Névralgies hémopathiques.*

Les variétés comprises sous ce titre sont moins nombreuses que celles qui figurent dans les pages précédentes sous la dénomination générique de *névralgies diathésiques.*

Les affections hémopathiques n'ont pu être constituées comme espèce pathologique que grâce aux découvertes modernes de la chimie, de la micrographie et de la physiologie pathologique. C'est pourquoi leur nombre est encore si restreint. — Mais à mesure que s'étendront les progrès de ces sciences, la division des névralgies *hémopathiques* ira en grossissant, tandis que sa voisine, celle des névralgies *diathésiques,* subira une réduction croissante.

Névralgies goutteuses (1).

Que l'on considère la goutte comme une simple variété de la diathèse rhumatismale ou bien, ce qui nous paraît plus rationnel, qu'on admette pour chacune de ces affections un principe différent, on est forcé de convenir que la goutte donne lieu, encore plus souvent que le rhumatisme, à une surexcitation nerveuse qui se traduit naturellement par l'*algésie.* Cette hypersthénisation tient-elle à un principe morbide inconnu développé dans l'organisme, ou n'est-elle que le résultat pur et simple de l'action toxique opérée sur les centres et les cordons nerveux par un sang chargé de produits uriques? C'est ce qu'il est encore impossible de décider quoique les avantages manifestes du traitement alcalin fassent pencher la balance en faveur de la seconde supposition.

Les névralgies goutteuses, comme les névralgies rhumatismales, coïncident le plus souvent avec d'autres phénomènes morbides dont l'origine n'est pas douteuse : tels sont les sédiments uriques dans le liquide urinaire, la tuméfaction douloureuse des petites articulations revenant par accès, et des douleurs erratiques générales; d'autres fois, la névralgie ne fait que précéder ou suivre ces symptômes.

(1) La névralgie goutteuse est placée sur la limite qui sépare les névralgies *diathésiques* des névralgies *hémopathiques.* Nous l'avons fait rentrer dans cette dernière catégorie parce que, si l'on en juge au moins par l'élimination considérable d'acide urique qui se fait par les sécrétions podagreuses, on doit admettre, les organes sécréteurs étant sains, une production exagérée de ce principe dans l'économie. Les recherches de Garrod ont en effet démontré expérimentalement qu'il existe un excès d'acide urique dans le sang des goutteux.

L'âge habituellement assez avancé du sujet, ses habitudes (alimentation azotée, vie sédentaire), une prédisposition héréditaire ou acquise, laquelle s'est déjà manifestée par des attaques antérieures, sont autant de circonstances propres à déceler la nature goutteuse de la névralgie.

Symptômes propres.

En dehors de ce concours de conditions spéciales, on n'a guère indiqué de traits caractéristiques de la névralgie goutteuse.

Leur intermittence périodique, leur terminaison par métastase ou par des espèces de crises, leur prédilection pour les viscères et particulièrement l'appareil gastro-intestinal, l'influence bienfaisante d'un régime moins azoté et de la médication alcaline, enfin, l'exaspération des douleurs par les bains sulfureux, sont à peu près les seuls signes qui ne se rencontrent pas tous à la fois dans les autres névralgies : en conséquence, leur réunion suffira pour caractériser, en dehors de toute coexistence de symptômes goutteux, les douleurs névralgiques de source podagreuse.

Lorsque la diathèse urique existe à l'avance, l'impression du froid, et même les changements dans l'état électrique de l'atmosphère, déterminent l'apparition des douleurs; souvent aussi, elles se substituent à d'autres accidents goutteux.

Traitement.

Nous avons encore ici à lutter à la fois contre la *manifestation névralgique locale*, et contre l'*état hémopathique*.

Comme la névralgie n'est le plus souvent qu'un effet métastatique, un écart dans la localisation ordinaire de la goutte, il en résulte que le traitement de la névralgie en elle-même comprendra deux ordres de moyens : les premiers destinés à combattre directement la douleur névralgique, les autres, à ramener l'accès dans la voie battue en essayant d'attirer sur le point d'élection habituel le travail morbide qui s'opère dans l'organisme.

Les calmants combinés au repos, à une bonne position de la partie malade, à l'entretien autour de cette partie d'une chaleur douce et égale, suffiront pour remplir le premier office, car des moyens plus énergiques pourraient occasionner une répercussion dangereuse.

On atteindra le second but par des frictions excitantes, des sinapismes, des ventouses, des applications irritantes de toute espèce sur les points où l'on désire que la goutte vienne se fixer. On donne dans le même but à l'intérieur le musc ou le camphre : ce dernier médicament est considéré par MM. Trousseau et Pidoux comme le spécifique par excellence contre ce qu'on pourrait appeler l'*ataxie goutteuse*. Certaines eaux minérales (Hombourg, Kissingen, Wiesbaden, Tœplitz), posséderaient la même vertu.

Ces deux indications remplies, il ne restera plus qu'à combattre la goutte elle-même, c'est-à-dire le *principe diathésique* qui pourrait ramener, s'il n'était affaibli par une médication convenable, les mêmes manifestations douloureuses. Il nous faudrait un trop grand espace pour énumérer les moyens dirigés contre cette désespérante maladie : une telle énumération serait d'ailleurs aussi fastidieuse qu'inutile. Ceux qui méritent d'avoir cours dans la science sont les suivants :

a) *Médication interne.* — En première ligne vient le traitement par les alcalins, qui ont au moins l'avantage de dissiper un état pathologique du sang qui entre incontestablement pour une grande part dans la maladie goutteuse. On donne le bicarbonate de soude à l'intérieur, à la dose de 1 à 2 grammes par jour pendant longtemps. Il est préférable, quand c'est possible, de prescrire aux goutteux une saison aux eaux de Vichy, d'Ems, de Hombourg, de Wiesbaden, de Contrexéville. Il est bon toutefois de ne pas faire un usage abusif de cette médication, car il créérait une crase funeste en donnant au sang une fluidité et une alcalinité trop grandes.

On doit éviter avec soin les eaux sulfureuses qui ont pour effet presque constant d'augmenter l'excitation nerveuse des podagres.

A côté des alcalins vient se ranger, non pas au point de vue de son mode d'action, mais au point de vue de sa réputation anti-goutteuse, le *colchique d'automne.* La plupart des auteurs rapportent son action favorable à sa vertu dynamique ; — d'autres, avec moins de raison, à l'irritation dérivative qu'il produit sur la muqueuse intestinale.— On fait prendre le matin à jeun, 8 à 10 gouttes de teinture de semences de colchique, et l'on augmente graduellement la dose.

La *vératrine,* qui se trouve contenue en assez grande quantité dans le colchique, a été essayée aussi contre la goutte, mais avec un succès douteux.

Les *purgatifs drastiques* viennent en troisième lieu. Ils possèdent une efficacité réelle, — et c'est surtout à leur action dérivative qu'il faut attribuer les résultats avantageux des pilules de Lartigue, du sirop de Boubée, etc. La gomme-gutte, la scammonée, le jalap, l'aloès, la coloquinte, sont les médicaments que l'on devra choisir de préférence.

Enfin, les préparations *iodées* et *bromées,* soit sous forme pharmaceutique, soit sous forme d'eaux minérales, pourront être administrées avec avantage ; elles doivent être données à petite dose, mais d'une manière continue.

Nous passerons sous silence les remèdes secrets auxquels la crédulité publique a donné tant de vogue. Un seul mérite d'être signalé, c'est le remède de Laville, dont la composition est maintenant connue.

Nous ne parlerons pas non plus de certains médicaments préconisés dans ces derniers temps, entre autres les sels à base de *lithine,* parce que nous n'avons pas encore eu l'occasion de les administrer, et que la pompe avec laquelle ils sont annoncés doit nous inspirer à leur égard la plus juste défiance.

b) *Médication externe.* — Cette médication viendra efficacement en aide aux moyens précédents.

Les *bains alcalins* préparés avec 250 grammes de sous-carbonate de potasse ou de soude, les *bains de mer* seront de puissants auxiliaires de la médication interne. Les bains sulfureux, au contraire, ne feront généralement qu'exaspérer le mal au lieu de le calmer.

L'action résolutive de l'*hydrosudopathie* a été appliquée avec avantage au traitement de la goutte, par M. Fleury (1); il associe à l'eau froide la position et la compression méthodique ; d'après le même auteur, cette médication aurait sur les autres un avantage, celui de prévenir de nouvelles attaques de goutte en modifiant puissamment les lésions locales qui deviennent à la longue, selon lui, le point de départ d'accès répétés.

Les applications résolutives sur les articulations chroniquement engorgées, les eaux de Carlsbad et de Marienbad auraient encore, si cette opinion de M. Fleury est exacte, une véritable utilité.

Des conditions hygiéniques mieux entendues, c'est-à-dire une alimentation moins azotée, des boissons moins excitantes, un exercice modéré, etc., constitueront le complément essentiel de la médication anti-goutteuse.

Névralgies chlorotiques.

Les névralgies symptomatiques de la chlorose sont une des modifications les plus fréquentes de cette crase particulière du sang (2). Cette circonstance s'expliquerait assez bien dans l'hypothèse émise par M. V. Burq, que la chlorose est une maladie essentiellement nerveuse, une névrose.

Symptômes propres.

La scène s'ouvre ordinairement par des douleurs de tête, des douleurs d'estomac, ou des douleurs musculaires dont un examen attentif révèle bientôt la nature névralgique. D'abord légères et fugitives pendant la première période de la chlorose, ces algésies ne tardent pas à prendre un caractère plus aigu, se prolongent, se multiplient et envahissent peu à peu l'organisme tout entier qu'on voit alors devenir le théâtre de toute espèce de désordres névropathiques.

« L'économie tout entière, disent MM. Trousseau et Pidoux, n'est plus qu'un sens pour la souffrance. »

Il est à remarquer toutefois que ces troubles nerveux conservent toujours, soit dans leur aspect séméiologique, soit dans leur succession, des caractères qui permettent à un observateur sagace de reconnaître leur origine, alors même

(1) *Traité d'hydrothérapie*, etc., p. 369.

(2) MM. Trousseau et Pidoux disent que « les névralgies sont un symptôme presque constant de la chlorose; à ce point que, sur vingt femmes chlorotiques, dix-neuf peut-être ont des névralgies. »

qu'aucun symptôme d'un autre genre n'est là pour la révéler. Un de ces caractères, c'est leur mobilité remarquable; il s'opère à chaque instant des espèces de métastases, non-seulement entre les névralgies cérébro-spinales, mais encore entre celles-ci et les névralgies ganglionnaires. Lorsqu'elles sont fixes, ce qui arrive rarement, elles n'occupent guère, d'après MM. Trousseau et Pidoux, que la tête, l'estomac ou quelques nerfs intercostaux; quelquefois cependant, ces auteurs l'ont vu se localiser dans le cœur, le clitoris, le plexus cervical superficiel.

Outre la localisation et les déplacements que nous venons d'indiquer, on trouve encore dans chacune des névralgies en particulier, des caractères propres à chacune d'elles.

La *céphalalgie* chlorotique, qui est la plupart du temps une pesanteur de tête plutôt qu'une douleur lancinante, s'exaspère par le mouvement, mais diminue et cesse même complétement par le repos au lit, — tandis que la céphalalgie hystérique, par exemple, ne se calme pas dans les mêmes conditions, et empêche même souvent le sommeil.

La *gastralgie* (et ici, nous ne parlons pas de la cardialgie symptomatique d'un ulcère de l'estomac) revêt également une forme spéciale; des tiraillements ressemblant aux tiraillements de la faim, des crampes, une chaleur plus ou moins vive, se font sentir par intervalles derrière le sternum ou dans le dos, au niveau de l'estomac; dans ces intervalles, la malade éprouve, d'une manière presque continue, un sentiment de pesanteur et de gêne dans la région épigastrique. Cette sensation s'accompagne presque toujours d'un certain degré d'oppression, sans doute à cause de la distension démesurée du ventricule gastrique, plus ou moins de temps après le repas, ou immédiatement à la suite d'une émotion pénible. — Il arrive enfin souvent que la gastralgie se complique de névralgies intercostales dont elle semble parfois n'être qu'une irradiation (Bassereau).

Malgré ces phénomènes inquiétants, la chymification s'opère d'une manière complète, et à part peut-être un certain degré de constipation, la digestion intestinale s'accomplit aussi normalement. Il en résulte que, sous ce rapport, la santé pourrait ne pas en ressentir de graves atteintes, si les malades s'astreignaient à des repas réguliers et à une alimentation convenable : mais trop souvent, un appétit capricieux, une dépravation du goût, une anorexie invincible ou une faim insatiable, finissent par altérer la nutrition par des jeûnes prolongés, des repas trop copieux ou des aliments indigestes.

Les *névralgies musculaires* enfin ont pour caractère de produire la sensation d'une grande fatigue ou d'une véritable courbature qui invite les malades au repos, ou bien, au contraire, c'est une agitation légèrement douloureuse qui ne leur permet pas de rester en place. Elles ne s'accompagnent ni de raideur, ni de douleurs vives comme les névralgies musculaires rhumatismales.

Traitement.

Il se présente encore ici la double indication signalée déjà à propos d'autres névralgies symptomatiques : 1° *calmer la douleur*, 2° *modifier l'état hémopathique.*

1° Nous recommandons spécialement, pour remplir le premier but, les narcotiques introduits par la voie endermique au moyen des vésicatoires ammoniacaux, car les antispasmodiques que nous avons vu prescrire souvent dans ces cas nous ont paru sans action.

2° Pour reconstituer le sang, rien n'est comparable aux *préparations martiales,* et parmi celles-ci les sels solubles, particulièrement le tartrate de Béral, le lactate, le citrate et le pyrophosphate de fer. On donne ces sels à la dose de 20 centigrammes à 1 gramme; nous croyons qu'il n'est jamais nécessaire de dépasser cette dernière dose.

Certains auteurs ont dirigé contre la chlorose d'autres agents thérapeutiques. Le *manganèse,* l'*arsenic,* l'*or* sont ceux qu'on a surtout préconisés; mais ces prétendus succédanés du fer lui sont de beaucoup inférieurs, parce qu'ils ne s'appliquent pas aussi bien que lui à la généralité des cas.

Pour que la médication ferrugineuse ressorte tous ses effets, l'organisme doit y être préparé, et l'on doit associer aux composés martiaux certaines substances destinées à en favoriser l'assimilation. De bonnes conditions hygiéniques, physiques et morales, et l'addition aux préparations ferrugineuses des amers, et surtout des aromatiques, rempliront cet office avec succès.

Les bains et les douches froides sont encore un moyen puissant qui par ses propriétés reconstitutives et stimulantes, répond au premier chef aux indications multiples de la chlorose. M. Fleury aurait guéri par l'*hydrothérapie,* au bout d'un temps relativement court, si l'on prend en considération la ténacité ordinaire du mal, des jeunes filles chlorotiques dont l'affection avait résisté aux préparations ferrugineuses et à tous les modificateurs hygiéniques et pharmaceutiques.

Névralgies diabétiques.

Malgré les recherches nombreuses dont le diabète a été l'objet de la part des physiologistes et des pathologistes modernes, et l'attention particulière que l'on a prêtée aux accidents cérébro-spinaux, on n'a signalé que quelques cas de névralgies susceptibles d'être rapportées au diabète.

C'est surtout la névralgie faciale que l'on aurait observée; les diabétiques ressentiraient en outre fréquemment des douleurs céphaliques, rachidiennes, myélosalgiques. M. Billard (de Corbigny) (1) rapporte un fait de sciatique et de lumbago survenus chez un diabétique; ces douleurs semblent avoir coïncidé

(1) *Gaz. des hôpitaux,* année 1852, numéro du 4 mars.

avec le début du mal, car, en même temps qu'elles, se sont déclarées une soif vive et une extinction complète des facultés génésiques.

Quoique dans cette observation il ne soit nullement question de diathèse urique, M. Marchal (de Calvi), qui rapporte cette observation dans son ouvrage (1), se demande, à tort suivant nous, si l'on ne doit pas considérer ces douleurs comme un symptôme de la dernière diathèse, plutôt que comme un accident diabétique. Pour un autre cas de sciatique qui lui est propre, il regarde avec plus de raison l'affection douloureuse du nerf comme un phénomène tenant à la diathèse urique, *au même titre que le diabète lui-même :* l'un et l'autre dériveraient, pour cet auteur, de la dyscrasie urique. Il va même plus loin. Il établit une sorte de balance, d'équilibration entre la sciatique et le diabète : l'un augmentant, l'autre diminue et vice-versâ (2).

Nous trouvons enfin, dans le même ouvrage, un fait rapporté par M. Léon Gros sous le titre de *diabète accidentel lié à une migraine occipitale.* Dans ce cas, le développement de la glycosurie coïncida avec des douleurs hémicrâniennes occupant la région occipitale. Sous l'influence du traitement, le sucre disparut rapidement des urines, *mais la migraine persista;* chaque accès était accompagné de l'émission d'une urine fortement glycosique. Le sucre finit par manquer même lors des accès, et la guérison fut complète. On ne peut guère regarder cette migraine comme diabétique, mais il nous paraît que M. Marchal a été un peu loin en faisant dériver le diabète de la migraine, car la migraine existait avant, et s'est perpétuée après l'épisode glycosurique.

Nous ne trouvons donc, en résumé, que des névralgies *vamellaires* et des névralgies *musculaires* qu'on soit en droit de rattacher au diabète. Il est probable cependant que de nouvelles recherches multiplieront ces exemples, et qu'à côté des fait nombreux de congestions cérébro-spinales diabétiques déjà consignées dans la science, on pourra placer plus tard des faits irrécusables de névropathies sans lésions.

Symptômes propres.

Les caractères des névralgies diabétiques n'étant pas encore bien déterminés, nous sommes réduit à les passer sous silence.

Traitement.

Si la névralgie est sous la dépendance exclusive du diabète, on devra essayer de combattre la crase glycoémique par un régime convenable (abstention des féculents, usage habituel du pain de gluten et d'un régime animal auxquels il est permis d'ajouter du beurre, du fromage, des légumes verts, du lait, les eaux de Spa et de Vichy). On y joindra des frictions excitantes, des bains sulfureux ou salés, et un exercice modéré au grand air. Certains médicaments, comme les

(1) *Recherches sur les accidents diabétiques.* Paris, 1864.
(2) *Op. cit.*, pages 379 et 380.

sudorifiques, sont de bons adjuvants parce qu'ils activent les fonctions de la peau. L'opium et le sulfate de quinine sont, avec les sudorifiques, les médicaments dont l'usage est le plus avantageux.

Si la névralgie, au contraire, paraît être une manifestation de la diathèse urique, laquelle produirait en même temps le diabète, on devrait, d'après le conseil de M. Marchal (de Calvi), entretenir un certain degré de glycosurie qui suffirait pour modérer les douleurs névralgiques.

Névralgies albuminuriques.

On sait que l'albuminurie donne lieu, lorsqu'elle est arrivée à une période avancée, à des phénomènes nerveux très-remarquables. Plusieurs de ces névropathies (l'amaurose, par exemple), qu'on considérait autrefois comme essentielles, sont devenues, à la suite de recherches modernes, purement et simplement le résultat d'altérations anatomiques constatées même sur le vivant. Mais il en reste d'autres qui doivent être regardées comme dynamiques; il serait étonnant que l'altération du liquide sanguin qu'entraîne inévitablement l'excrétion albumineuse n'exerçât point une action nuisible sur le système nerveux, car ce dernier a besoin, plus que tout autre appareil, d'un sang physiologique pour remplir d'une manière normale les fonctions qui lui sont dévolues.

Parmi ces névropathies doivent figurer sans nul doute des troubles *algésiques*. M. Bourguignon (1) fait mention de leur existence ; mais sans leur assigner de caractères définis. Dans une observation d'albuminurie recueillie tout récemment dans le service de M. le docteur Fournier, à l'hôpital Devillas, ce médecin signale des douleurs de tête existant indépendamment de tout autre phénomène encéphalopathique, et offrant comme signes particuliers : leur apparition précoce, leur siége au front et au sommet de la tête, leur continuité, leur longue durée (six semaines environ), leur caractère térébrant, leur exaspération par le bruit et la lumière, leur résistance aux moyens thérapeutiques tels que l'eau froide, les pédiluves sinapisés, le cyanure de potassium, enfin leur disparition spontanée.

L'ensemble de ces conditions constitue pour M. Fournier une *migraine urémique* nettement déterminée.

Ajoutons qu'il lui accorde une grande importance au point de vue du pronostic : il la considère comme un signe d'un fâcheux augure chez les individus atteints de lésions des organes uropoiétiques.

B. — *Névralgies résultant d'une intoxication.*

Sous ce titre se rangent les névralgies métalliques, paludeuses et alimentaires.

(1) *Op. cit.*, page 30.

1° *Névralgies métalliques.*

Ce groupe comprend les névralgies saturnines et les névralgies mercurielles ; nous décrirons à la suite de ces dernières quelques douleurs névralgiformes causées par l'absorption de certains poisons organiques.

Névralgies saturnines.

Ces névralgies sont le produit d'un élément toxique, venu du dehors, qu'on ne retrouve pas dans le sang, mais dont l'absorption n'est cependant pas douteuse. L'intoxication ne se développe qu'à la longue, et encore faut-il que l'introduction du plomb dans l'économie ne se fasse pas exclusivement par la voie interne; la peau et les voies respiratoires semblent jouer en effet le principal rôle dans l'absorption des émanations saturnines.

S'il est des voies que le plomb choisit de préférence pour pénétrer dans l'économie, il est aussi des points du système nerveux pour lesquels son action toxique affecte une prédilection marquée : une de ses premières et de ses plus constantes manifestations est une névralgie abdominale à laquelle on a donné le nom de *colique saturnine.*

Les expériences de M. Briquet ont eu pour effet de démontrer que ces douleurs n'intéressent pas les organes contenus dans la cavité abdominale, mais tout simplement les muscles pariétaux. M. Gubler croit que l'intestin n'est pas tout à fait aussi étranger à la douleur que le prétend M. Briquet, mais il reconnaît que la névralgie des parois abdominales est bien celle qui prédomine. Le terme de *colique saturnine* devrait donc être banni de la technologie médicale, pour ne pas perpétuer dans la science une erreur dont les conséquences pourraient être assez sérieuses.

Symptômes propres.

La névralgie *musculaire* qui résulte de l'empoisonnement plombique n'est comparable en rien aux névralgies musculaires idiopathiques ou symptomatiques que nous avons vues jusqu'à présent; certaines névralgies hystériques seules peuvent en être rapprochées. La courte description que nous allons en donner suffira pour montrer qu'indépendamment de tout commémoratif, il sera presque toujours possible de remonter à la source qui l'a produite.

Les accès sont presque toujours précédés de phénomènes généraux portant déjà le cachet de l'intoxication plombique : le sujet devient cachectique, son teint jaunit, son sang se déglobulise; il est pris en même temps d'une faiblesse croissante; certains points du corps s'analgésient, les gencives s'altèrent, l'anorexie survient, la constipation se déclare, et, enfin, la névralgie éclate.

Le malade est saisi d'une douleur plus ou moins vive partant ordinairement de l'ombilic, s'irradiant dans toute l'étendue des parois abdominales et même dans les lombes. Elle se calme par une pression exercée progressivement et sur

une large surface, et s'exaspère par le pincement des parois abdominales ; elle présente spontanément des paroxysmes irréguliers pendant lesquels la souffrance devient parfois tellement atroce que les malades se roulent sur le sol en poussant des gémissements ou des cris.

Le ventre est habituellement rétracté, surtout lorsque les coliques sont intenses : il y a ordinairement aussi des nausées, des vomissements et une constipation opiniâtre : M. le professeur François (de Louvain) prétend que cette constipation est loin d'être constante.

Des douleurs se font sentir en même temps dans différents points du corps ; elles occupent, par ordre de fréquence, les muscles des membres inférieurs, des membres supérieurs, des lombes, la tête et les cordons testiculaires ; elles affectent des caractères névralgiques.

Une grande anxiété de la face, de la prostration, de l'insomnie accompagnent habituellement les douleurs. L'apyrexie est complète.

Les accès ont généralement une *durée* assez longue, jusqu'à plusieurs semaines, quand la maladie est abandonnée à elle-même ; ils cessent beaucoup plus rapidement lorsqu'on dirige contre eux un traitement convenable.

A part les cas où elle se complique d'accidents cérébraux, la colique saturnine ne se termine pas par la mort. Elle récidive presque toujours quand on ne soustrait pas le malade aux émanations saturnines; puis enfin, elle disparaît pour faire place aux accidents plus graves de l'*encéphalopathie*.

Traitement.

Les antispasmodiques et les calmants employés d'une manière isolée échouent souvent.

Les narcotiques associés aux purgatifs drastiques donnent des résultats plus avantageux. Ils constituent la plupart des traitements compliqués qui ont été dirigés contre cette cruelle affection, et notamment celui de la Charité : l'ipécacuanha, l'opium, l'émétique à haute dose, donnés plusieurs jours de suite sont les principaux éléments de cette dernière médication. L'électricité appliquée sur les parois abdominales, le chloroforme *intùs* et *extrà* sont encore des moyens avantageux. La diète et des boissons délayantes formeront le complément des médications précédentes.

La limonade sulfurique (Gendrin), la noix vomique (Serres), sont restées sans succès. L'iodure de potassium (Melsens-Guillot) jouirait au contraire d'une efficacité réelle.

En dehors des accès de colique saturnine, on doit prescrire avant tout l'éloignement de toute émanation plombique, ou, à son défaut, les soins de propreté les plus minutieux. On devra veiller surtout avec soin à prévenir la constipation qui a la plus grande tendance à reparaître.

Nous avons mentionné déjà des *douleurs nerveuses* coexistant avec la névral-

gie abdominale. Ces douleurs peuvent se manifester indépendamment de cette dernière. Elles offrent plusieurs des caractères de la colique saturnine : elles ont comme celle-ci, une marche irrégulière, une durée variable, une terminaison heureuse ; elles sont continues, et présentent des exacerbations; elles se calment par une pression méthodiquement exercée. Les paroxysmes qui sont ordinairement nocturnes privent le malade de tout sommeil.

Elles sont, comme les douleurs névralgiques, contusives ou lancinantes, térébrantes, dilacérantes (Grisolle).

Leur siège le plus fréquent se rencontre dans les grandes articulations (*arthralgie saturnine*, Tanquerel des Planches), mais elles atteignent aussi les masses musculaires des membres ou du tronc (*rhumatisme métallique*, Sauvages); nous avons indiqué déjà les points qu'elles occupent de préférence. M. Grisolle fait remarquer à ce sujet qu'elles n'ont pas la mobilité des douleurs rhumatismales. Les bains sulfureux et les préparations opiacées à l'intérieur ou par la voie endermique suffiront pour triompher de ces douleurs.

Névralgies mercurielles.

Elles sont beaucoup moins communes que les névralgies saturnines et n'ont pas été l'objet d'aussi minutieuses recherches.

Les affections qu'on observe le plus fréquemment chez les ouvriers employés aux travaux d'exploitation du mercure sont, suivant le docteur Hermann (1), les *douleurs ostéocopes nocturnes*. Indépendamment de ces douleurs névralgiformes qui sont généralement symptomatiques, on rencontre de véritables névralgies *faciales* et *sciatiques*. L'appareil digestif paraît aussi susceptible de ressentir des douleurs viscéralgiques; mais peut-être en est-il de ces souffrances comme de la colique saturnine, c'est-à-dire que les parois abdominales sont peut-être plutôt le siége réel de la douleur que les organes sous-jacents. Quelque soit le point précis qu'elle occupe, elle se manifeste d'habitude sous forme de tiraillement; elle n'a pas l'insupportable acuité des douleurs saturnines. D'autres fois, ce sont les muscles qui sont plus spécialement atteints.

Les *névralgies mercurielles* se *diagnostiquent* par la profession du malade et par la coexistence d'autres symptômes mercuriels. A ce sujet, nous devons faire observer que le tremblement est beaucoup moins commun qu'on ne le suppose : les lésions osseuses et les douleurs qui les accompagnent sont les signes dominants de l'intoxication mercurielle.

Le *traitement* qui aurait donné les succès les plus positifs dans ce genre d'affections est l'*iodure de potassium* (N. Guillot-Melsens (2)). Le mode d'admi-

(1) Dr J. Hermann. *Studien über Krankheitsformen in Idria, Wiener medizinische Wochenschrift;* 1858.

(2) Melsens. *Mémoire sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections saturnines, mercurielles et les accidents consécutifs de la syphilis.* Bruxelles, 1865.

nistration le plus efficace consiste à le donner pendant plusieurs mois, en interrompant de temps en temps la médication et en reprenant chaque fois par des doses légères d'abord, puis régulièrement progressives.

A la suite des névralgies métalliques viennent se ranger une série de douleurs résultant d'une intoxication opérée non plus par des substances *minérales*, mais par des composés *organiques*. Ces douleurs sont en général assez mal définies et encore incomplétement étudiées. C'est là le motif pour lequel nous nous sommes abstenu de les faire figurer dans le tableau synoptique des névralgies, nous réservant toutefois de leur consacrer quelques lignes dans l'exposé des névralgies consécutives à l'absorption d'un élément toxique.

Les névralgies causées par le *tabac* sont celles qui méritent le plus de fixer notre attention.

Les principes qui leur donnent naissance sont le *malate* et le *citrate de nicotine* qui se rencontrent en plus forte proportion dans le cigare que dans le tabac à fumer. En raison de la grande quantité de nicotine qu'il contient, le tabac de Virginie paraît être le plus pernicieux.

Parmi les névroses chroniques provenant de l'abus du tabac, les plus fréquentes sont l'exaltation et la perversion douloureuse de la sensibilité. Le système de la vie organique et celui de la vie de relation peuvent être l'un et l'autre intéressés.

Les douleurs viscéralgiques ont leur siége de prédilection dans l'appareil gastro-intestinal (*gastrodynie*, *névralgie mésentérique*).

Les névralgies encéphalo-rachidiennes atteignent soit les organes des sens, sont les parties animées par les nerfs de la sensibilité générale. L'œil devient douloureux; la tête souffre de la pression la plus légère; une sensation de resserrement linéaire se produit au front; la tête paraît d'une pesanteur insupportable, ou bien, les diverses branches de la cinquième paire deviennent le siége de douleurs névralgiques franchement accusées. Le nerf sciatique, les filets dorsaux en sont parfois aussi affectés.

La source banale de ces douleurs dérobera souvent au praticien leur véritable origine dans les cas où d'autres symptômes plus connus ne viendront pas éveiller son attention. Mais la plupart du temps, les illusions des sens, les lésions du mouvement, le trouble des fonctions intellectuelles et morales, les dérangements des voies digestives, les altérations dans le jeu des organes respiratoires et circulatoires mettent le médecin sur la trace d'un diagnostic étiologique exact. Dans le cas où leur cause resterait enveloppée de quelques doutes, on pourrait les dissiper en mettant à profit cette remarque que les symptômes du *nicotisme* et en particulier les symptômes nerveux s'amendent notablement par l'usage des boissons alcooliques à haute dose (Erlenmayer).

Le *traitement* curatif consiste naturellement dans la suppression de la cause.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les douleurs à forme névralgique qui se déclarent assez fréquemment chez les ouvriers qui travaillent à la préparation de l'*aniline*.

2° *Névralgies miasmatiques ou paludeuses.*

Ces névralgies servent d'intermédiaire entre les névralgies symptomatiques d'un état diathésique lié à une altération intangible du sang, et celles qui doivent, au contraire, être rattachées à une lésion anatomique appréciable du liquide sanguin. Les névralgies paludéennes se développent en effet sous l'influence d'une intoxication miasmatique dont l'action se porte primitivement et exclusivement (en apparence au moins), sur le système nerveux : les névralgies qui se montrent alors sont des névralgies *protopathiques;* mais au bout d'un temps parfois très-court, le plus souvent assez éloigné, elle donne lieu à des altérations appréciables du sang : à l'*oligohémie* et à la *mélanémie* (Niemeyer). On observe rarement les douleurs névralgiques au début de l'infection maremmatique; elles succèdent ordinairement à des accès fébriles répétés, ou surviennent après un séjour assez prolongé dans des localités marécageuses. Un double élément préside donc en général à leur manifestation : l'élément paludéen, et l'élément aglobulique ou mélanémique. Nous aurons spécialement en vue, dans cet article, la névralgie paludeuse essentielle, laquelle n'est pas cliniquement inséparable de la névralgie due à l'éréthisme nerveux produit par l'appauvrissement du sang.

Symptômes propres.

Disons d'abord que les névralgies paludeuses sont assez rares, car il ne s'en rencontre guère, même dans les localités comme Anvers où se produisent tous les jours des cas variés de fièvre intermittente.

Les névralgies paludeuses, qui sont des espèces de fièvres larvées, conservent presque toujours, dans leur expression symptomatique, des traits *patronymiques* qui rappellent leur parenté : elles présentent habituellement dans leur évolution l'un ou l'autre des phénomènes qui caractérisent les accès fébriles intermittents. Tantôt c'est un léger frisson, tantôt une chaleur plus ou moins vive, tantôt la moiteur de la peau qui fait reconnaître la nature paludeuse de la névralgie ; ces phénomènes se localisent parfois dans le point malade.

Un autre signe distinctif, c'est d'être *périodiquement* intermittentes, et les accès sont séparés par des intervalles de *calme complet ;* leur type est tierce ou double tierce; ils reviennent surtout le matin et ont à peu près tous la même durée. Enfin, les douleurs ont en général peu de fixité.

Tous ces symptômes sont cependant encore insuffisants pour mettre leur nature miasmatique à l'abri de toute contestation, car des névralgies idiopathiques peuvent présenter, comme nous l'avons vu, des accès franchement et régulière-

ment intermittents, mais leur ensemble établira pourtant une forte présomption en faveur de l'origine paludéenne. On comprend, du reste, que, plus la névralgie larvée se rapprochera du début de l'imprégnation miasmatique, plus elle conservera les caractères originaux de la fièvre intermittente; plus, au contraire, elle s'écartera du début de la maladie, plus ses traits caractéristiques s'effaceront et plus elle affectera, dans son ensemble symptomatique, la forme des névralgies causées par la chlorose ou l'anémie ; dans ce dernier cas, les commémoratifs, l'engorgement splénique, les signes particuliers à la cachexie paludéenne pourront seuls faire découvrir la véritable nature du mal.

Quant au siége des névralgies paludéennes, elles peuvent atteindre toutes les parties du système nerveux ; mais, en général, les névralgies rameilaires cérébro-spinales s'observeront plus fréquemment que les autres; cependant, dans les pays à climat froid et humide, les névralgies musculaires seront au contraire plus communes.

Traitement.

On comprend que la plupart des moyens proposés pour combattre une névralgie paludeuse *idiopathique* soient exposés à subir plus d'un échec, car ils ne pourront jamais atteindre la cause du mal.

Il n'y a guère que l'un d'eux sur l'efficacité duquel on puisse compter : c'est le *sulfate de quinine* administré de la même façon que dans les névralgies idiopathiques. Sa double propriété *d'antipériodique* et de *stupéfiant* du système nerveux garantira son succès dans presque tous les cas de névralgies paludéennes. On a pu remarquer que la quinine développe tout son pouvoir dans les névralgies franchement périodiques, mais que son action baissait à mesure que le type perdait de sa régularité; on obvie en partie à cette impuissance relative en élevant successivement les doses. Nous avons parlé antérieurement de l'*éther quinique.*

Si un élément anémique se joignait à l'influence palustre, on aurait recours en même temps aux conditions d'une bonne hygiène et aux toniques analeptiques : les préparations pharmaceutiques qui donneraient alors les meilleurs résultats sont les *sels de quinine et de fer.*

On réussirait aussi à modifier la névropathie par l'action perturbatrice et fortement révulsive des douches que M. Fleury appelle *antipériodiques.* Mais l'application rationnelle de ces douches est difficile, non-seulement parce que les appareils nécessaires ne sont pas à la disposition de tout le monde, mais encore parce que le médecin et le malade ne sont pas toujours prêts, l'un à donner, l'autre à recevoir la douche au moment même où elle doit être administrée.

L'*arsenic* à haute dose pourrait également convenir pour arrêter les accès.

3° *Névralgies résultant d'une intoxication alimentaire.*

Nous croyons pouvoir réunir sous ce titre la colique végétale et les névralgies acrodyniques.

Colique végétale.

Depuis que les travaux de M. Briquet ont fait de la colique saturnine une espèce de névralgie musculaire cérébro-spinale, on pourrait se demander si les coliques épidémiques ou endémiques décrites par divers auteurs et comprises sous la dénomination générique de *végétales*, ne participent pas du même genre de névroses. Nous croyons pourtant que l'ancienne appellation doit être conservée parce que, jusqu'ici, l'attention des observateurs n'a pas été suffisamment attirée sur ce point pour bien élucider la question. La colique épidémique présente d'ailleurs des symptômes qui l'éloignent de la myosalgie saturnine, et la rapprochent au contraire d'un groupe d'affections telles que le choléra et la fièvre jaune, qui sont caractérisées surtout par des accidents du côté des voies digestives. Les circonstances épidémiques ainsi que les conditions étiologiques au milieu desquelles elle sévit, la séparent aussi de la colique saturnine.

Symptômes.

La colique végétale a porté les noms de colique de Poitou, colique de Devonshire, colique de Madrid; mais il ne faut pas croire pour cela qu'on ne l'ait rencontrée que dans ces localités; on l'a observée dans d'autres provinces de France ou d'Angleterre, dans le Nord de l'Europe (Belgique-Suède) et aux Indes. On peut en tracer la description générale suivante :

Des douleurs vives à l'épigastre suivies bientôt de phénomènes adynamiques (prostration, petitesse du pouls, affaiblissement de la circulation capillaire et de la calorification) ouvrent ordinairement la scène.

Puis surviennent des douleurs quelquefois atroces dans le ventre, s'accompagnant de vomissements et de constipation souvent opiniâtres et de strangurie.

Dans les coliques du Poitou et du Devonshire, à ces douleurs abdominales se joignaient ordinairement des élancements aigus dans différents points du corps, et particulièrement les extrémités inférieures. Le mal durait ordinairement dix à douze jours.

Traitement.

Le traitement est prophylactique et curatif. Le premier consiste à éloigner les causes du mal ou bien à s'y soustraire. Or, ces causes résident, pour les unes, dans les variations atmosphériques brusques (Espagne et Guyane), pour d'autres, dans l'usage du cidre (Devonshire) ou de boissons fermentées et acides (Normandie). Certains auteurs considèrent la colique végétale comme le résultat

d'une intoxication miasmatique (1). D'autres l'assimilent à tort à la colique saturnine.

On échappera peut-être à ces influences morbifiques en se couvrant de vêtements chauds et évitant de s'exposer aux vicissitudes atmosphériques, en s'abstenant de toute boisson nuisible, en se plaçant, en un mot, dans de bonnes conditions hygiéniques. Si l'on supposait que des émanations marécageuses eussent joué le principal rôle dans la production du mal, on pourrait avoir recours au sulfate de quinine.

La maladie une fois déclarée, on la traiterait avec le plus d'avantage par les évacuants et les narcotiques. Ceux-ci sont particulièrement indiqués lorsque les douleurs constituent le symptôme prédominant de l'affection.

Névralgies acrodyniques.

1° *Pédionalgie.* — Elle est caractérisée essentiellement par des douleurs névralgiques des extrémités inférieures sans lésion appréciable. Elle a été décrite par un médecin Piémontais, le docteur San Marino (2); nous ne nous y arrêterons pas, parce qu'elle n'a qu'une très-médiocre importance.

2° *Acrodynie.*—L'acrodynie ou cheiropodalgie, que M. François rapproche de l'affection précédente (3), n'a pas toujours été, comme la première, une névralgie pure et simple; la plupart du temps même, les douleurs ont été le prélude ou l'accompagnement de troubles de la motilité, de symptômes gastriques ou cutanés plus ou moins graves (4). Mais on l'a vu aussi dégagée de toutes ces complications.

La cheiropodalgie consiste alors dans un simple engourdissement dont les mains et les pieds deviennent particulièrement le siége. Cette diminution de la sensibilité fait bientôt place à des fourmillements ou des picotements coïncidant avec une dépression marquée du sens du tact; ces sensations se transforment et deviennent de véritables élancements, assez aigus pour arracher des cris au malade et pour produire une insomnie opiniâtre ; la chaleur du lit, la marche, une constriction légère occasionnent une recrudescence dans la douleur.

L'exaltation de la sensibilité laisse quelquefois après elle des contractions ou des paralysies dont le résultat définitif est l'atrophie musculaire.

L'épidémie de Paris, la dernière qui ait été observée, a présenté, si l'on en croit la description que M. Chomel en a donné en 1828 (5), plusieurs faits du même genre, et, dans tous ces cas, l'autopsie n'a révélé aucune altération appréciable des centres ou des cordons nerveux.

(1) Nous croyons cette étiologie exceptionnelle; c'est pourquoi nous n'avons pas fait rentrer la colique végétale dans les névralgies paludeuses.

(2) *Compend. méd. pratiq.*, t. I, page 33.

(3) *Journ. de méd.*, 1828, t. 105, page 160.

(4) M. Leroy de Méricourt, dans ces derniers temps, a même cru pouvoir identifier certaines épidémies d'acrodynie avec la *trichinose.*

(5) *Journal hebdomadaire*, n° 9.

Nature.

Il semblera peut-être étrange de nous voir décrire parmi les névralgies une affection comme l'acrodynie; mais on s'en étonnera moins si l'on songe que l'éruption cutanée et les phénomènes nerveux peuvent exister isolément et que lors même qu'ils se présentent en même temps, il y a disproportion entre l'éruption et les douleurs (1). Si donc la névralgie ne constitue pas toute la maladie, on doit au moins convenir qu'elle joue dans l'acrodynie un rôle assez considérable et parfois entièrement indépendant. Dance et M. Chardon inclinent à penser que l'acrodynie est une affection de nature névralgique.

Traitement.

Quelle que soit d'ailleurs la place qu'il convient de lui donner en nosologie, comme ses causes sont toujours restées inconnues (2), on s'est attaché simplement à combattre les symptômes les plus alarmants par des moyens appropriés.

Récamier a cru trouver dans l'oseille (*rumex acetosa*), un spécifique contre l'acrodynie; mais n'ayant été employé qu'au déclin de l'épidémie, ce remède ne peut inspirer qu'une confiance très-limitée.

Les moyens thérapiques qui ont été opposés aux douleurs cheiropodalgiques sont les narcotiques, les antispasmodiques, le sulfate de quinine, la noix vomique, la médication révulsive, et tous avec un égal insuccès, au moins dans les épidémies d'une certaine gravité.

II. — Névralgies liées a un état morbide localisé.

A. — *Névralgies sympathiques.*

La *névralgie sympathique* se place par son caractère véritablement névralgique et l'essentialité de ses douleurs à côté des névralgies idiopathiques, en même temps que sa relation avec la souffrance ou la lésion d'un autre point plus ou moins éloigné de l'économie la rapproche des *douleurs névralgiformes symptomatiques*. Elle sert donc d'intermédiaire entre ces deux classes de névralgies.

Symptômes propres.

Les caractères des névralgies sympathiques sont, nous venons de le dire, peu différents de ceux que nous avons assignés aux névralgies de la première classe.

La douleur a cependant ceci de particulier qu'elle est moins bien circonscrite

(1) *Compend. de méd. pratiq.*, t. I, page 35.

(2) Nous considérons l'acrodynie comme une maladie essentiellement différente de l'ergotisme convulsif.

et surtout beaucoup plus nomade que celle de la névralgie idiopathique; ce qu'elle présente encore de remarquable, c'est sa transmutabilité, c'est-à-dire qu'elle s'évanouit souvent pour faire place à d'autres manifestations morbides telles que des troubles de nutrition, de sécrétion, etc., ou seulement d'autres névropathies affectant l'intelligence ou la motilité.

Outre ces signes qui ne sont pas toujours assez tranchés pour faire reconnaître la névralgie sympathique, elle possède un caractère pathognomonique essentiel : c'est l'étroite relation qu'elle entretient avec l'état pathologique, *organique ou fonctionnel* d'un organe ou d'un appareil plus ou moins distant du point douloureux : la souffrance diminue ou augmente en même temps que les phénomènes morbides éloignés; elle disparaît quand ceux-ci viennent à cesser, pour se reproduire au moment où ils reparaissent.

Aucun appareil nerveux n'est à l'abri de la névralgie sympathique, mais les nerfs de la vie de relation en sont le siége le plus ordinaire : c'est d'ailleurs dans les viscères que réside la plupart du temps la cause première des névralgies sympathiques.

Ce retentissement de l'affection d'un organe isolé ou d'un seul appareil sur des points éloignés du système nerveux, ne trouve ordinairement son explication, ni dans les relations physiologiques, ni dans des rapports anatomiques; ce sont tout simplement des sensations réflexes, aussi inexplicables que les mouvements réflexes eux-mêmes. On trouve quelquefois cependant la clef de ces sensations réfléchies :

1° Dans la communauté de but, de fonction des deux parties malades : hépatalgie accompagnant un trouble gastrique, cystalgie résultant d'une affection des reins, névralgie cutanée dans certaines lésions médullaires, hystéralgie provoquée par une excitation douloureuse des seins.

2° Dans un rapport de contiguité entre les parties : point intercostal dans les maladies du cœur et du foie, dans le zona.

3° Enfin, dans une habitude morbide que prend spontanément un organe de réagir par la douleur lorsqu'un autre organe est en souffrance : c'est ainsi que chez certaines femmes, l'estomac souffre autant que l'utérus lui-même des maladies de ce dernier organe.

Nous ne donnerons pas de chaque névralgie sympathique une description particulière qui devient inutile après l'aperçu général que nous venons de tracer. Nous mentionnerons seulement l'existence de certaines névralgies sympathiques aussi curieuses qu'inexplicables. Parmi celles-ci, une des plus communes est la douleur scapulaire que ressentent les malades atteints d'hépatite, la névralgie intercostale dépendant d'une maladie de l'utérus (Bassereau (1)), diverses névralgies cérébro-spinales résultant d'un embarras

(1) *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux considérée comme symptomatique de quelque affection viscérale.* Thèse de Paris, 1840.

gastrique (Sandras (1)), celles qui tiennent à la présence de vers intestinaux (Sauvages), enfin une névralgie particulière assez étrange pour qu'il nous soit impossible de résister au désir de la dépeindre. C'est l'*hyperalgésie du nerf cubital, surtout vers sa terminaison dans le petit doigt et l'annulaire, causée par l'acte de la miction.*

M. Putegnat (de Lunéville), dans une note communiquée à la *Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* (2), donne la description du premier cas de ce genre que l'on ait eu l'occasion d'observer. Il s'est présenté chez un homme de 52 ans, exempt de toute diathèse appréciable, atteint seulement d'une affection rhumatismale passagère. Au commencement de la miction, à des semaines d'intervalle, cet homme éprouve une sensation pénible qui, débutant par la vessie, se porte sur les épaules, gagne les avant-bras, puis se localise enfin dans le petit doigt et l'annulaire ; cette douleur, vive et passagère, ressemble assez à celle qu'on éprouve lorsque le nerf cubital a été heurté à son passage entre l'olécrâne et l'épitrochlée. La sensation est plus vive à gauche qu'à droite.

M. le docteur Dieudonné, dans la séance où il a été donné lecture de cette observation, a rapporté un fait analogue qu'il a vu se produire chez une dame de 36 ans, d'une sensibilité et d'une irritabilité excessives. Ici, un serrement pénible dans la vessie précédait la miction, et au moment où celle-ci commençait à s'opérer, une douleur aiguë, durant autant que l'émission des urines, se déclarait dans l'annulaire et l'auriculaire de la main gauche ; cette douleur se calmait un peu par la compression. A chaque miction, le même phénomène se reproduisait :

M. Putegnat a ajouté par la suite à ces deux observations d'autres faits qui s'y rattachent (3). Tous se sont produits chez des personnes ayant dépassé le terme moyen de la vie, exemptes de toute diathèse, et d'une condition aisée ; ils se sont présentés presque tous chez des femmes dont la plupart étaient sujettes à des douleurs névralgiques.

La douleur se déclarait habituellement lors de la miction, et atteignait presque toujours son summum d'acuité au commencement de cet acte, lequel s'accompagnait ordinairement d'une sensation douloureuse ; chez un sujet, la douleur ne se montrait qu'au moment des époques menstruelles.

Elle a toujours affecté plus vivement, et quelquefois même exclusivement, le côté gauche ; elle s'est le plus souvent localisée dans les épaules, les bras et les extrémités des doigts.

On peut rapprocher de ces curieuses observations un autre fait que M. Bour-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. VIII, page 65.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, année 1861, vol. 33, page 515.

(3) *Union médicale*, janvier 1864, N° 8 et 9.

guignon a consigné dans son ouvrage, à titre de *dermalgie généralisée* (1). C'est celui d'un médecin qui était affecté d'une dermalgie étendue à toute la moitié inférieure du corps; et ce qu'il y avait chez lui de remarquable, c'est que les douleurs étaient le plus souvent déterminées par l'acte de la défécation ou par l'émission des urines; mais elles ne se produisaient qu'une demi-heure environ après que l'évacuation avait cessé. Le malade n'a jamais ressenti qu'une ou deux fois de légères douleurs dans la vessie et le canal de l'urèthre.

Dans un cas de cystalgie rapporté par le même auteur (2), et dont l'observation est rédigée par le malade lui-même, on retrouve encore la mention de vifs élancements dans les doigts et dans les orteils, élancements comparables, selon l'expression du patient, à des piqûres d'aiguille. Après ces douleurs, les urines, blanches et troubles en temps ordinaires, redevenaient acides.

Enfin, M. Bourguignon (3) parle d'un individu atteint de névralgie du plexus brachial, où les accès s'accompagnaient d'une émission involontaire des urines. La douleur occupait particulièrement l'avant-bras et les doigts dans lesquels se termine le nerf cubital; elle se faisait sentir surtout du côté gauche; enfin, le malade éprouvait un peu de soulagement en serrant dans sa main droite les doigts et l'avant-bras douloureux. On voit que les phénomènes ayant pour siége le membre supérieur ne différaient guère, dans ce cas, de ceux que M. Dieudonné a si attentivement observés.

Quant à l'explication de ces phénomènes singuliers, il nous semble impossible de la donner dans l'état actuel de la science.

Cependant, on pourrait invoquer, sinon pour expliquer, au moins pour dépouiller cette névralgie réflexe de son caractère étrange, des analogies physiologiques et pathologiques, et même la constitution anatomique spéciale du col de la vessie qui nous semble jouer le principal rôle dans ces phénomènes algésiques.

Bellingeri, Schenk, Backett (4) avaient déjà remarqué que certaines névralgies faciales étaient sous la dépendance de maladies de l'urèthre ou de la prostate. On sait, en outre, que des cystalgies donnent souvent lieu à des névralgies sciatiques et fémorales (5). On sait, d'un autre côté, que les altérations du cerveau et de la moelle réagissent presque toujours sur les fonctions de la vessie, qu'une émotion morale relâche ou contracture le col, que le cathétérisme produit des accès fébriles, que certaines personnes éprouvent un frisson général et instan-

(1) *Op. cit.*, page 144.
(2) *Op. cit.*, page 286.
(3) *Ibid.*, page 178.
(4) *Compend. de méd. pratiq.* T. III, page 606.
(5) Sandras et Bourguignon *Op. cit.*, p. 279.

tané à la fin de la miction, que, chez d'autres, il se produit une contraction des masséters ou une contracture du poignet (1). On connaît aussi la corrélation établie entre la moelle cervicale et les organes génitaux, et tout le monde peut s'assurer que la région prostatique n'est pas étrangère à la sensation voluptueuse que détermine l'éjaculation. Enfin, une dissection attentive du col vésical démontre dans son muscle sphinctérien un plexus nerveux de la plus grande richesse.

Cette énumération suffit pour donner une idée du nombre et de l'étendue des sympathies que réveille l'action du col de la vessie; quelques-uns de ces faits établissent même entre celui-ci et les portions supérieures du système cérébro-spinal une corrélation assez intime pour qu'on conçoive plus ou moins l'hyperalgésie *réflexe* d'une des branches du plexus brachial, formée comme on sait par le huitième nerf cervical et le premier dorsal. M. Putegnat suppose, en effet, une action réflexe exercée sur les nerfs des membres thoraciques par l'intermédiaire du grand sympathique, lequel a des anastomoses avec les branches des plexus cervical et brachial (2).

Pourquoi la douleur se fait-elle plus vivement sentir à gauche qu'à droite? Nous n'en savons absolument rien, et cette question restera probablement insoluble.

Traitement.

On devra rechercher d'abord, puis ramener à l'état physiologique l'organe ou l'appareil dont la souffrance est la source de la névralgie sympathique. Si l'on échoue dans cette recherche, ou si l'on ne parvient pas à atteindre le point de départ du mal, on se contentera d'opposer à la douleur les moyens qui conviendront le mieux à la forme qu'elle affecte.

Quant à la névralgie particulière que nous avons longuement décrite, M. Dieudonné l'a rapidement guérie en administrant la belladone à l'intérieur, et en prescrivant le même médicament en application sur l'hypogastre et sur les lombes. Il n'y a pas eu de récidive.

(1) C'est M. le Dr D'Udekem qui, dans son appréciation sur l'observation de M. Putegnat, signale ces trois derniers phénomènes. Nous avons constaté l'existence fréquente du premier de ces effets, et nous l'avions déjà consigné dans notre travail avant d'avoir pris connaissance des considérations présentées à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles par notre honorable confrère.

(2) M. D'Udekem attribue la douleur digitale à l'immobilité des bras et à la pression musculaire exercée sur le nerf cubital dans les efforts qui accompagnent l'acte de la miction. Nous croyons que cette explication est plus ingénieuse que vraie. Nous ferons remarquer, en effet, que la grande majorité des cas se sont présentés chez des femmes, et plutôt à gauche qu'à droite, que la miction peut se faire sans effort, qu'enfin, d'autres nerfs moins bien protégés que le nerf cubital devraient également subir une compression douloureuse.

B. — *Douleurs névralgiformes symptomatiques.*

Ces névropathies ne rentrent pas, à proprement parler, dans la classe des névralgies; cependant, elles présentent parfois avec les douleurs névralgiques essentielles une telle analogie dans leur expression symptomatique, et la cause qui les fait naître reste souvent si obscure que la distinction n'en est pas toujours facile, comme feu le professeur Chomel en a offert sur lui-même un exemple remarquable.

C'est cette double considération qui nous a engagé à en donner ici un bref aperçu.

Symptômes.

Les symptômes sont de deux catégories : 1° la douleur, 2° la lésion organique locale et très-voisine qui produit directement cette douleur.

1° L'*algésie* possède un caractère essentiel : c'est sa *fixité*. Quant à sa forme, elle diffère d'après les cas. Lorsqu'une tumeur, une phlegmasie circonscrite, une blessure intéresse un cordon nerveux, la douleur affecte ordinairement une forme névralgique. Mais quand il existe une lésion voisine étendue, quand la douleur est due à une dégénérescence avancée d'un organe animé par des nerfs, elle revêt des caractères variables suivant la nature de l'altération.

C'est ainsi que la *névrite* (inflammation du névrilème et du tissu interstitiel des cordons nerveux) donne lieu à une souffrance qui suit le trajet du nerf; à cette souffrance se joignent presque toujours de l'engourdissement et des fourmillements dans la partie où se répand le nerf malade; la douleur est permanente, et les douleurs paroxystiques ne se développent et ne cessent que graduellement; la pression les exaspère toujours.

La douleur du *névrôme* est presque identique à celle de la névralgie; mais, ainsi que le fait observer M. Follin (1), les douleurs dues à une compression du nerf se distinguent des névralgies directes ou idiopathiques par les paralysies qui précèdent, qui accompagnent ou qui suivent la douleur névralgiforme.

Les souffrances que cause une *carie* dentaire sont également difficiles à distinguer de celles de l'odontalgie idiopathique.

Le *cancer*, sur lequel nous reviendrons, a des élancements isolés, se reproduisant à des intervalles assez éloignés, et que les malades comparent à des coups de canif.

La douleur du *spermatocèle* est, au contraire, continue, mais inégale; elle n'est jamais très-vive.

La *cystalgie* symptomatique s'accompagne de douleurs vives dont l'intensité augmente encore au moment de la miction, le malade éprouve alors la sensation d'une brûlure.

(1) *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 719.

Les *douleurs ostéocopes* sont aiguës et s'exagèrent la nuit, etc., etc.

2° Les *lésions* qui peuvent amener les douleurs névralgiformes symptomatiques sont également très-nombreuses et se révèlent chacune par leurs signes propres. Nous ne les indiquerons pas ici parce que cette étude nous engagerait trop avant dans le domaine de la pathologie interne et externe; nous énumérerons seulement une partie des affections locales qui peuvent devenir la source de douleurs névralgiformes.

En première ligne, l'inflammation ou l'hyperémie des tissus au milieu desquels le nerf doit passer (coxalgie, etc.); puis, les névrômes dont M. Verneuil vient de décrire une espèce nouvelle, la congestion ou la phlegmasie aiguës ou chroniques du névrilemme, l'hyperplasie des gaînes périnévriques, les plaies, les contusions, les pressions extérieures des filets nerveux, les tophus goutteux, etc., etc.

Nous allons faire connaître, comme exemples, et non comme types, car toutes ces douleurs diffèrent trop entre elles pour être soumises à une description générale, les douleurs nerveuses causées par l'hyperémie et par le cancer.

Névralgie congestive.

Comme son nom l'indique, cette névropathie a sa source dans un *état hyperémique* de la partie malade, dû lui-même à une surexcitation apparente de la circulation capillaire. Elles dépendent souvent, en outre, d'un état général, la *pléthore*, qui favorise le développement de ces congestions locales, sous l'action des causes occasionnelles les plus légères.

M. Fleury avait déjà émis, dans son traité sur l'hydrothérapie, l'idée que la névralgie en général était le résultat d'une congestion sanguine, en s'appuyant sur des observations nécroscopiques consignées par différents auteurs (Cotugno, Siebold, Cyrillo, Ollivier (d'Angers), Martinet, Van de Keer, etc.), et sur une prétendue analogie de causes, de symptômes et de marche. Mais cette opinion sur la pathogénie des névralgies, trop générale, et soutenue par des arguments insuffisants, n'avait pas pris crédit dans la science.

M. Gubler a récemment apporté dans cette question les lumières de son esprit sagace. Il a prouvé qu'un certain nombre de névralgies seulement reconnaissaient pour cause une congestion sanguine.

Il a donné à quelques-unes de ces névralgies le nom de névralgies aerodyniques, à cause sans doute de leur ressemblance, sous le rapport de la pathogénie locale, avec cette espèce de névralgie épidémique.

Symptômes.

Les accès des névralgies fluxionnaires ont ceci de particulier qu'ils se réveillent lorsque les tissus circonvoisins et le nerf lui-même deviennent le siége

d'une hyperémie active ou passive, et qu'ils disparaissent en même temps que la congestion sanguine.

Si nous prenons pour exemple la *névralgie congestive de l'œil,* nous y rencontrons les phénomènes suivants :

1° Injection, c'est-à-dire, coloration rouge, chaleur et tuméfaction légère.

2° Douleur ordinairement gravative, quelquefois aiguë dans le globe de l'œil, fixe et s'accompagnant assez rarement d'élancements.

3° Disparition de la douleur lorsque le malade est éveillé, debout et en repos. Réapparition lorsque le malade se baisse ou qu'il est pris d'un accès de toux; quand il s'endort, elle devient assez violente pour l'arracher à son sommeil.

On voit, par cette courte description que nous avons tracée d'après nature à l'hôpital Beaujon, quels sont les principaux signes auxquels on pourra reconnaître une névralgie congestive. Un assez grand nombre de céphalalgies et de douleurs dans les viscères du petit bassin ne sont pas autre chose que des névralgies hyperémiques.

Traitement.

Le traitement consiste à éloigner toute cause de congestion par une position convenable et des soins hygiéniques bien dirigés. Si la congestion persistait, il faudrait alors avoir recours aux émissions sanguines locales, en usant toutefois avec la plus grande modération de ce dernier moyen qui finirait par débiliter l'économie tout en ne procurant qu'un bénéfice local passager et même incertain.

Les révulsifs rempliront plus avantageusement cet office, et, au premier rang, les ventouses sèches, nombreuses, appliquées non loin du point malade.

M. Remak (1) a traité avec succès les névralgies congestives par les courants galvaniques constants. Grapengiesser, au contraire, n'en aurait rien obtenu.

M. Gubler (2) dit avoir combattu efficacement les névralgies congestives à l'aide de l'*aconitine* à la dose de 2 milligrammes par jour: il trouve dans sa double action hyposthénisante sur le système nerveux spinal sensitif et les nerfs vaso-moteurs la raison de ces succès.

L'hydrothérapie rationnelle est appelée aussi à rendre dans les névralgies fluxionnaires les plus incontestables services.

Il est des névralgies cérébro-spinales qui s'accompagnent d'hyperémie et qui ne sont cependant ni des névralgies idiopathiques avec troubles dans la circulation locale, ni des névralgies congestives. Dans cette espèce nouvelle, l'hyperémie n'est pas plus le *résultat* obligé de l'excitation douloureuse des filets cérébro-spinaux névralgiés que la *cause* des douleurs névralgiques : elle est le produit d'une influence morbide intéressant directement le grand sympathique. C'est une *névrose vaso-motrice.*

(1) *Op. cit.*, p. 152.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, année 1864.

Cette névrose accompagne le plus fréquemment les névralgies faciales, et en particulier la nèvralgie sus-orbitaire. Elle se rencontre aussi, mais plus rarement, dans la névralgie des organes génito-urinaires (névralgie ilèo-lombaire et cystalgie).

M. Cahen qui a fait en 1863 une étude approfondie de ce genre de nèvrose croit pouvoir établir son indépendance par des observations où l'on voit la nèvrose congestive du globe oculaire exister seule dans certains accès, et s'accompagner de douleurs névralgiques bien caractèrisées dans des accès survenus avant ou après les premiers.

Rien ne s'oppose en effet à ce que ces filets vaso-moteurs du grand sympathique soient directement intèressés au même titre que ses filets sensitifs. Ainsi considèrées, les névroses vaso-motrices formeraient le pendant des névralgies ganglionnaires.

M. Cahen en a obtenu la guérison par l'emploi de l'acide arsènieux à la dose de 1 centigramme.

Nèvralgie cancéreuse.

Quoique toutes symptomatiques de la maladie locale, les névralgies cancéreuses tiennent à des causes différentes. La plus commune est le *ramollissement*, puis l'*ulcération* du cancer. La douleur, plus vive dans le dernier cas, est, comme on sait, térébrante, mordante ou lancinante ; elle est ordinairement soudaine et passagère; ses intermittences sont variables; elle ne se fait guère sentir que dans les parties animées par les nerfs de la vie animale; elle tient sans doute à la destruction des filets nerveux. Son siège est la tumeur elle-même.

Il est une seconde espèce de douleurs que ressentent certains cancéreux dans des points plus ou moins èloignés du siège apparent du mal. M. Charcot a vu, chez des femmes de la Salpêtrière, des douleurs sciatiques intenses coïncider avec un cancer de l'utèrus; cette coïncidence s'est présentèe assez fréquemment à son observation pour lui faire établir entre les deux affections un rapport de causalité auquel l'examen microscopique du nerf malade a apporté une éclatante confirmation. Nous avons entendu, en effet, dans une communication faite à la Société de biologie, dans sa séance du 31 janvier 1863, par M. Cornil, alors interne de M. Charcot, présenter à la savante compagnie un fait de sciatique causée par le développement dans le nerf lui-même du tissu cancéreux ; il nous a été permis de constater par nous-même, dans une préparation microscopique due à M. Cornil, une arborisation cancéreuse entée sur le tissu même du nerf.

Les douleurs sciatiques sont donc, en un mot, causées par le cancer du nerf sciatique consécutif à l'affection cancéreuse de l'utérus.

C'est sans doute à cette même altèration qu'il faut rattacher les douleurs plus

ou moins éloignées du point malade qui ont été rencontrées et signalées par Boyer; ces douleurs sont pour lui purement accidentelles, et ne reconnaissent d'autre cause que la distension des filets nerveux qui traversent la tumeur. L'interprétation que nous avons fait connaître assimilerait complètement la seconde espèce de douleurs à la première, en confondant sous la même raison pathogénique toutes les douleurs cancéreuses.

Traitement.

Les stupéfiants (opiacés, solanées), les anesthésiques (chloroforme, sulfure de carbone, éther, glace), *l'acide citrique,* les émissions sanguines locales, sont à peu près les seuls moyens que l'on ait à sa disposition pour calmer les douleurs du cancer. Les premiers remèdes se donneront aussi à l'intérieur.

La *morphine* en injections sous-cutanées est conseillée par M. Freeman comme le remède le plus efficace et le plus prompt contre cette sorte de douleurs. On injecte progressivement jusqu'à 10 et 15 centigrammes de morphine. Si les douleurs sont superficielles, il emploie de préférence l'atropine.

Le moyen radical est la destruction du cancer. L'ablation, quand elle est possible, la cautérisation actuelle ou potentielle sont les procédés les plus avantageux, et, si l'on en croit la doctrine consolante de Virchow, ont constitué plus d'une fois un moyen de salut lorsqu'ils ont été appliqués au début du mal (1).

Les fondants, les résolutifs, la compression sont quelquefois parvenus à amener une résolution plus ou moins complète des tumeurs cancéreuses.

Quant aux agents pharmaceutiques pris à l'intérieur, nous doutons qu'on ait obtenu par leur usage des résultats bien positifs. Mais à force de tenter l'impossible, dit M. Fonssagrives, on le réalise quelquefois. On aura donc recours au cinabre, à l'aconit, à l'arsenic, à l'iode, à l'or, à l'eau de mer, etc., etc., en maniant ces agents avec précaution, car leur administration inconsidérée pourrait occasionner des accidents généraux assez sérieux pour abréger la vie. On est autorisé, du reste, à essayer toutes les médications imaginables pour arriver à triompher d'un mal resté jusqu'ici à peu près au-dessus des ressources de la science.

Ici se termine notre tâche. Nous serons heureux si le praticien peut puiser dans notre travail quelques indications nouvelles qui l'aideront à lutter efficacement contre la *névralgie,* c'est-à-dire contre une affection dont les symptômes sont aussi douloureux que son principe est insaisissable.

(1) Nous avons vu dans le service de M. Chassaignac, à Lariboisière, une femme chez laquelle ce chirurgien avait pratiqué l'extirpation d'une tumeur carcinomateuse de la paroi abdominale à trois reprises différentes, et dont la guérison paraissait enfin définitivement assurée.

Quant à nous, les recherches et les essais auxquels nous avons dû nous livrer pour le conduire à sa fin nous ont fait connaître quelques médications antinévralgiques utiles. Mais nos expériences pratiques et les faits consignés dans les annales de la science nous ont appris en revanche combien de névralgies sont traitées sans succès. Il est vrai que les progrès de l'art médical réduiront par la suite le nombre des déceptions, — mais jusque-là, on aura trop souvent encore l'occasion d'appliquer aux névralgies la sentence amère du poète exilé :

Plus valet arte malum !

Wellcome Library

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Avertissement 1
Aperçu historique 5
Définition 7
Divisions. — *Tableau synoptique des névralgies* 10

Première classe.

Névralgies idiopathiques 14
I. — Névralgies cérébro-spinales . . . . . *ibid.*
A. — Névralgies rameilaires . . . . . *ibid.*
I. — Symptômes locaux . . . . . *ibid.*
— généraux 34
II. — Marche et durée 35
III. — Terminaison 37
IV. — Causes prédisposantes 39
— occasionnelles 43
V. — Nature 45
VI. — Traitement. — Considérations générales. — Classification des moyens thérapeutiques 48
1° Traitement général 49
A. — Médications simples 50
Narcotiques ou stupéfiants . . . . . *ibid.*
Opium. Morphine. Codéine. Narcéine 53
Belladone. Atropine 64
Stramoine 69
Jusquiame 70
Ciguë. Conicine . . . . . *ibid.*
Haschisch. Haschischine 71
Aconit. Aconitine . . . . . *ibid.*
Delphine 72
Coca . . . . . *ibid.*
Acide cyanhydrique. Eau de laurier-cerise. Essence d'amandes amères . . . . . *ibid.*
Anesthésiques 73

Pages.

Usage interne. — Chloroforme. Éther sulfurique. Amylène. Aldéhyde. Éther nitrique. Éther chlorhydrique Bisulfure de carbone. Bromure de potassium. Iodoforme. 74
Usage externe. — Éther chlorhydrique. Chlore. Chloroforme. Éther sulfurique. Éther acétique. Éther formique. Chloracétisation. Liqueur de Verdé de l'Isle. Froid 75
Antispasmodiques 79
Valérianates d'ammoniaque, de zinc, de bismuth, de quinine, d'atropine. Acétate de zinc. Camphre. 80
Toniques . . . . . *ibid.*
A. — Analeptiques. — Fer. . . . . *ibid.*
B. — Névrosthéniques. — Quinquina. Sulfate, valérianate, tannate, biarsénite, hydrochlorate, citrate, hydroferrocyanate, quinate de quinine. Éther quinique. Esculine 81
Excitants 86
A. — Du système nerveux. — Noix vomique. Strychnine. Brucine. Igazurine. Café. Caféine. Citrate, malate, lactate de caféine. Mélisse. *ibid.*
B. — De la circulation. — Térébenthine. 89
Sédatifs 91
Vératrine 92
Altérants . . . . . *ibid.*
Arsenic . . . . . *ibid.*
Iode. Iodure de potassium, de sodium. Iodo-morphine. Iodoforme . . 93
Bromure de potassium 94
Chlorure d'ammonium 95
Huile de foie de morue. . . . . *ibid.*
Mercure . . . . . *ibid.*
Or . . . . . *ibid.*
Sous-acétate de plomb 96
Bichromate de potasse . . . . . *ibid.*
B. — Médications composées . . . . . *ibid.*
Pilules antinévralgiques de Trousseau, de Méglin, de Cronier . . . *ibid.*
Mixture de M. Guéneau de Mussy. 97
2° Traitement local . . . . . *ibid.*
A. — Médications simples 98
Irritants . . . . . *ibid.*
Premier groupe. — Épithèmes sinapisés. Frictions alcooliques, térébenthinées, ammoniacales, cantharidiennes 100
Deuxième groupe. — Huile de croton tiglium. Poix de Bourgogne. Révulseur de Baunscheidt . . . . . *ibid.*
Troisième groupe. — Vésicatoires. 102
Quatrième groupe. — Émétique. Cautérisation. 104
a) Cautère 106
b) Cautérisation proprement dite 107
Électricité. Galvanisme. Faradisme 110
Électro-puncture. 116
Acupuncture 117
Magnétisme minéral 119
Métallothérapie 120

Pages.
Hydrothérapie 120
Kinésithérapie 125
Thérapeutique chirurgicale. 127
Section. 129
Résection 130
Traitement moral. 132
Médecine morale proprement dite . . . . . *ibid.*
Magnétisme animal 133
Hypnotisme 136
Soins hygiéniques . . . . . *ibid.*
Expectation 137
Traitement des complications 138
— *des accidents consécutifs* . . . . . *ibid.*
B. — Médications composées 139
Névralgie trifaciale 140
B. — Névralgie musculaire 143
C. — — cutanée 149
D. — Névralgies centrales. — Cérébralgie. — Spinalgie. — Migraine . . . 152
E. — Névralgie générale 162
II. — Névralgies ganglionnaires ou viscéralgies 164
Gastralgie 171
Angine de poitrine 178
Névralgies de l'appareil d'association 181
Viscéralgie générale 182

Deuxième classe.

NÉVRALGIES SYMPTOMATIQUES 183
I. — Liées à un état morbide général . . . . . *ibid.*
A. — Inhérent à l'organisme . . . . . *ibid.*
1° *Névralgies diathésiques* . . . . . *ibid.*
Névralgies hystériques . . . . . *ibid.*
— rhumatismales 187
— dartreuses 191
— scrofuleuses 194
— syphilitiques. . . . . *ibid.*
— diphthéritiques 205
— des convalescents . . . . . *ibid.*
— provenant de la suppression de certains flux 206
2° *Névralgies hémopathiques.* 207
Névralgies goutteuses . . . . . *ibid.*
— chlorotiques. 210
— diabétiques 212
— albuminuriques 214
B. — Résultant d'une intoxication . . . . . *ibid.*
Névralgies métalliques 215
— causées par des poisons organiques définis 218
— miasmatiques 219
— causées par une intoxication alimentaire 224

Pages.
II. — Névralgies liées à un état morbide localisé 223
A. — — sympathiques . . . . . *ibid.*
B. — Douleurs névralgiformes symptomatiques 228
Névralgie congestive 229
— cancéreuse 231
Conclusion. 232

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE